

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00022 vom 18. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2018.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00022 du 18 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2018.00022 del 18 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

† A.____, geboren 1968, arbeitete ab dem 3. Oktober 2011 bei der Z.____ und war damit bei der Personalvorsorgestiftung der Z.____ (nachfolgend: Stiftung) für die berufliche Vorsorge versichert (Urk. 2/4). Am 3. Oktober 2011 füllte er zu Händen der Stiftung einen Fragebogen zu seiner Gesundheit aus (Urk. 9/9). Darin gab er unter anderem an, zur Zeit gesund und voll arbeitsfähig zu sein (Frage 1 auf dem Fragebogen). Auf dem Fragebogen ist sodann ersichtlich, dass die Frage

3, ob er innerhalb der letzten 5 Jahre eine schwere Krankheit gehabt habe, vom Versicherten ursprünglich mit «nein» beantwortet wurde. Das Kreuz im Kästchen von der Antwort «nein» wurde aber wieder – mit einem andersfarbigen Schreibgerät

- durchgestrichen und die Frage stattdessen mit « ja »

beantwortet und zusätzlich die Anmerkung «A ugenoperation links» angebracht. Ebenso wurde die Frage, ob die Behandlung definitiv abgeschlossen sei, nachträglich mit «ja» beantwortet. Der Versicherte bestätigte, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und er mächtigte die Ärzte, welche ihn untersucht und behandelt hatten, der Vertrauensärztin der Stiftung alle nötigen Auskünfte über seinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen. Am 6. April 2017 ist A.____ verstorben (Urk. 9/4). Er hinterliess seine Witwe, X.____, geboren 1967, mit welcher er vom 6. Januar 1995 bis zum 10. Februar 2014 (Urk. 9/5) und ein zweites Mal seit dem 14. September 2016 (Urk. 9/6) verheiratet war, sowie die gemeinsame Tochter Y.____, geboren 1997. Die Stiftung nahm in der Folge diverse Abklärungen über den Krankheitsverlauf des Versicherten vor (Urk. 9/10-50). Mit Schreiben vom 15. Januar 2018 teilte sie der Witwe mit, sie erkläre den Rücktritt vom Vorsorgevertrag in der weitergehenden beruflichen Vorsorge aufgrund einer Anzeige pflichtverletzung durch den Versicherten. Sie werde die gesetzlichen Mindestleistungen aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge ausrichten (Urk. 2/5).

E. 1.1

Während in der obligatorischen beruflichen Vorsorge Gesundheitsvorbehalte ausgeschlossen sind, dürfen die Vorsorgeeinrichtungen gemäss Art. 331c des Obligationenrechts (OR) im weitergehenden Vorsorgebereich und im ausserobligatorischen Vorsorgebereich für die Risiken Tod und Invalidität einen Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen anbringen, welcher höchstens fünf Jahre dauern darf (vgl. Walser, in: Schneider/Geiser/Gächter, BVG und FZG, N 1 ff. zu Art. 14 FZG mit Hinweisen). Gemäss Art. 14 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG) darf der Vorsorgeschutz, der mit der

eingebrachten Austrittsleistung erworben wird, nicht durch einen neuen gesundheitlichen Vorbehalt geschmälert werden. Die bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufene Zeit eines Vorbehalts ist auf die neue Vorbehaltsdauer anzurechnen. Für die Versicherten günstigere Bedingungen der neuen Vorsorgeeinrichtung gehen vor (Art. 14 Abs. 2 FZG). 1
.2

Gesundheitsvorbehalte werden regelmässig ausgesprochen, nachdem die eintretende Person einen Gesundheitsfragebogen oder ein entsprechendes Anmeldeformular ausgefüllt hat (vgl. Walser, a.a.O., N 10 zu Art. 14 FZG). Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts richten sich die Verletzung der Anzeigepflicht und deren Folgen im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge nach den statutarischen und/oder reglementarischen Normen. Falls derartige statutarische oder reglementarische Bestimmungen fehlen sollten, kommen subsidiär und analogieweise die Bestimmungen von Art.

E. 1.5

Gemäss Art.

E. 2

Es sei die Beklagte zu verpflichten, den Klägerinnen überobligatorische Hinterlassenenleistungen aus beruflicher Vorsorge zu erbringen.

E. 2.1

Die Klägerinnen machen geltend, der Versicherte habe die Frage 3 auf dem Gesundheitsfragebogen der Beklagten, ob er in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit gehabt habe, am 3. Oktober 2011 mit «ja» beantwortet. Bei «nein» sei zwar auch ein Kreuz ersichtlich, jedoch sei dieses durchgestrichen worden. Der Gesundheitsfragebogen sei vom Versicherten somit korrekt ausgefüllt worden und er sei von der Beklagten vorbehaltlos in die weitergehende berufliche Vorsorge aufgenommen worden. Bei der Darstellung der Beklagten, wonach die Gesundheitserklärung erst ein bis eineinhalb Jahre nach Beginn des Vorsorgeverhältnisses in dem Sinne angepasst worden sei, dass die ursprüngliche Beantwortung der Frage 3 nach einem Gespräch mit B.____ – welche zum damaligen Zeitpunkt in als problematisch zu beurteilender Weise sowohl als Personalverantwortliche der Z.____ als auch als Sachbearbeiterin der Beklagten fungiert habe – angepasst worden sei, erweise sich gelinde gesagt als abenteuerliche Geschichte. Jedenfalls sei nicht rechtsgenügend belegt, dass der Gesundheitsfragebogen nicht korrekt ausgefüllt worden sei.

Sollte die Darstellung der Beklagten aber tatsächlich zutreffen, so müsse sie sich das Wissen von B.____ entgegenhalten lassen, da es sich diesfalls so verhalten habe, dass Frau B.____ nach einem Gespräch mit dem Versicherten über eine kurz zuvor erfolgte Augenoperation sich ein bis eineinhalb Jahre nach Firmen eintritt daran erinnert habe, dass der Versicherte den Fragebogen unzutreffend ausgefüllt habe. Frau B.____ sei sodann zunächst zum Schluss gekommen, dass es etwas Gravierendes sei, habe zusammen mit dem Versicherten den Fragebogen abgeändert, dann die Sache aber wieder ad acta gelegt, weil es sich doch nicht um eine schlimme Erkrankung gehandelt habe, deren Behandlung zudem abgeschlossen gewesen sei. Mithin hätte B.____ und somit die Beklagte in diesem Moment Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung gehabt und die Frist zur Kündigung des überobligatorischen Vorsorgeverhältnisses hätte zu laufen begonnen.

Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass eine Anzeigepflichtverletzung vor liege, könne nicht festgestellt werden, dass der Versicherte den Gesundheitsfragebogen in guten Treuen tatsächlich hätte anders ausfüllen müssen. Der Versicherte habe zwar unstrittig unter einem cerebral metastasierten uvealen Melanom gelitten und sei daran auch verstorben. Bei der Diagnose im Jahr 2010 habe es sich aber bloss um einen lokalen Befund gehandelt, der erst 2013 (nach Firmen eintritt) zu einem Rückfall geführt habe. Die statistischen Werte bezüglich des Rückfallrisikos seien bei der Ausfüllung eines Gesundheitsfragebogens irrelevant. Entscheidend sei lediglich, wie der Versicherte die Frage im entsprechenden Zeitpunkt habe verstehen dürfen und müssen. Es lägen keine Belege dafür vor, dass im Zeitpunkt des Ausfüllens des Gesundheitsfragebogens die Behandlung des Leids nicht abgeschlossen gewesen sei. Was der Versicherte hätte angeben müssen, lasse sich nicht aus statistischen Werten schliessen (Urk. 1 und Urk. 14) .

E. 2.2

Demgegenüber führt die Beklagte aus, der Versicherte habe die Frage 3 auf dem Gesundheitsfragebogen am 3. Oktober 2011 mit «nein» beantwortet. Erst ungefähr ein bis eineinhalb Jahre nach seinem Eintritt bei der Beklagten seien die Angaben nach einem Gespräch mit B.____ ergänzt worden. Der Versicherte sei damals von einer medizinischen Behandlung aus C.____ zurückgekommen und Frau B.____ habe ihn gefragt, «wie es denn gelaufen sei». Im folgenden Gespräch habe sich herausgestellt, dass sich der Versicherte einer Augenoperation habe unterziehen müssen und die Sache schon etwas älter gewesen sei. Daraufhin sei der Gesundheitsfragebogen durch Frau B.____ und den Versicherten angepasst worden. Der Versicherte habe dabei angegeben, dass es sich um einen wiederholten, aber einfachen Eingriff am Auge gehandelt habe. Seine Angaben seien vage geblieben, er habe aber betont, dass es nichts «Schlimmes» sei. B.____ habe die mündlichen Angaben des Versicherten auf dem Fragebogen eingetragen. Da der Versicherte angegeben habe, die Behandlung sei definitiv abgeschlossen, habe die Beklagte keinen Anlass gesehen, das Vorsorgeverhältnis zu überprüfen. Ab August 2016 bis zu seinem Tod sei der Versicherte arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund der langdauernden Arbeitsunfähigkeit und des frühen Todes habe sich die Beklagte veranlasst gesehen, Abklärungen in Auftrag zu geben. Diese hätten ergeben, dass der Versicherte an einem cerebral metastasierten Melanom gelitten habe und die Erstdiagnose im Juli 2010 gestellt worden sei. An dieser Erkrankung sei er verstorben. Am 6. Juli 2010 sei er erstmals operiert worden und vom 30. August bis zum 3. September 2010 sei eine Strahlentherapie durchgeführt worden. Im Dezember 2012 sei eine erneute Operation mit anschliessender Radiotherapie erfolgt, im September 2013 eine weitere Behandlung mittels Chemotherapie. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte vor der Operation vom 6. Juli 2010 umfassend aufgeklärt worden sei und somit gewusst habe, dass er an einer Krebserkrankung gelitten habe. Auch mit Blick auf die nachfolgende Strahlentherapie habe ihm klar sein müssen, dass es sich um eine schwere Erkrankung handle. Es sei damit eindeutig unklar, dass er auf der Gesundheitserklärung angegeben habe, er habe in den letzten fünf Jahren an keiner schweren Krankheit gelitten. Die Beklagte habe am 28. Dezember 2017 sichere Kenntnis davon erlangt, dass der Versicherte seine Anzeigepflicht verletzt habe. Ihr Rücktritt vom Vorsorgevertrag vom 15. Januar 2018, an die Klägerinnen zugestellt am 17. Januar 2018, sei damit fristgerecht erfolgt (Urk.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Laut dem Bericht der Dermatologischen Klinik des D.____

vom 20. November 2017 (Urk. 9/15) war der Versicherte am 4. März 2014 erstmals in ihrer Klinik in dermatologischer Behandlung. Ab diesem Zeitpunkt sei er bis zu seinem Tod in verschiedenen Abteilungen behandelt worden. Der Versicherte habe an einem cerebralen metastasierten Melanom gelitten. Die Erstdiagnose sei im Juli 2010 in C.____ gestellt worden. Dabei habe es sich initial um einen rein lokalen Befund gehandelt. Im September 2013 sei es zu einem lokalen Rückfall gekommen, im Februar 2014 seien erstmals Metastasen festgestellt worden. Es seien verschiedenste Therapien erfolgt. Schliesslich sei der Versicherte aber an seiner fortschreitenden Tumorerkrankung verstorben.

E. 3.2

Gemäss dem Bericht des Vertrauensarztes der Beklagten, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 22. Mai 2018 (Urk. 9/18) handelt es sich bei einem Melanom primär um eine bösartige Erkrankung, wenn sie auch heutzutage zum Teil heilbar sei. Es müsse aber von einer schweren Erkrankung ausgegangen werden, welche in der Regel in den ersten 5 Jahren regelmässig kontrolliert werde. Anders als bei einem Melanom der Haut sei die Prognose bei einem uvealen Melanom schwierig zu stellen. 23 bis 50 % der Erkrankungen würden immer tödlich enden, bei 30 % würden Metastasen festgestellt. Im Falle des Versicherten habe die Rückfrage bei der behandelnden Augenärztin Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Augenkrankheiten und Augenchirurgie, ergeben, dass sie von einer minimalen Überlebenszeit von 6 Monate ausgegangen sei und sie der lange Krankheitsverlauf erstaunt habe. Aus dem Bericht des D.____ gehe hervor, dass bei der Erstdiagnose keine Metastasen festgestellt worden seien und die bösartige Veränderung lokal behandelt worden sei. Am 2. September 2010 sei eine zwei Mal jährlich stattfindende augenärztliche Kontrolle sowie Nachsorge durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt empfohlen worden. Beim Ausfüllen der Gesundheitserklärung im Oktober 2011 sei dem Versicherten bekannt gewesen, dass er an einem Melanom der Aderhaut des linken Auges gelitten habe, welches mittels Chirurgie und Strahlentherapie bis September 2010 behandelt worden sei. Von einem Abschluss der Behandlung könne nicht ausgegangen werden, da der weitere Verlauf sowie etwaige Strahlenschäden aufs Auge selber hätten nachkontrolliert werden müssen. Es sei somit nicht nachvollziehbar, dass der Versicherte die Frage 3 auf dem Gesundheitsfragebogen der Beklagten zunächst mit nein und die Folgefrage, ob die Behandlung abgeschlossen sei, später mit ja beantwortet habe. Die Rückfallrate sei bei dieser Diagnose sehr variabel, da nicht viele Fälle bekannt seien. Es gebe Angaben zwischen 3 und 50 %. Die Rezidivrate müsse als hoch eingestuft werden. Da es dem üblichen Vorgehen entspreche, dass der Patient vor der Operation über Diagnose sowie Operations- und Rückfallrisiken orientiert werde, sei davon auszugehen, dass der Versicherte die Gefahrentatsache, die Schwere der Erkrankung sowie die geringen Heilungschancen gekannt habe. Zusammenfassend sei es aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, wie der Versicherte eine schwere Erkrankung in den letzten fünf Jahren habe verneint und einen definitiven Behandlungsabschluss proklamieren können. Auch ein medizinischer Laie müsse heutzutage davon ausgehen, dass es sich bei einer operativen Behandlung eines bösartigen Tumors gefolgt von Chemo- und Radiotherapie um eine schwere Erkrankung handeln müsse.

E. 3.3

Gemäss dem Bericht von Dr. F.____

vom 10. April 2018 (Urk. 20/2) zeigte der Versicherte bei einer Kontrolle am 10. Juni 2010 einen auffälligen Bindehautbefund, der unverzüglich zur Zuweisung an den Spezialisten Prof. G.____ in C.____ geführt habe. Dieser habe die Verdachtsdiagnose bestätigt und es sei eine erste Operation mit Exzision der Bindehautläsion am 6. Juli 2010 erfolgt. Die Histologie habe die Verdachtsdiagnose eines Bindehautmelanoms bestätigt. Bei diesem aggressiven Karzinom sei am 23. August 2010 ergänzend eine Protonenbestrahlung im Tumorgebiet durchgeführt worden. Ebenso sei ein Tumorstaging durchgeführt worden. Zu diesem Zeitpunkt habe kein Anhalt für eine Metastasierung bestanden. Ein erstes Rezidiv sei am 2. Oktober 2012 vermutet und dringlich in C.____ abgeklärt worden. In der Folge seien diverse weitere Behandlungen durchgeführt worden. Der Versicherte sei aber am 6. April 2017 an dem metastasierenden Tumorleiden verstorben. Zum Zeitpunkt der Unterschrift des Versicherten am

3. Oktober 2011 sei die Diagnose eines Bindehautmelanoms

am linken Auge inklusive histologische Diagnosesicherung gestellt gewesen und mittels Operation und Protonenbestrahlung behandelt worden. Es habe zu diesem Zeitpunkt kein Hinweis für eine lokale Tumorabsiedlung oder eine Metastasierung bestanden. Die Untersuchungen seien regelmässig bei den Augenärzten in C.____ und bei ihr sowie zweimal jährlich beim Hausarzt und beim HNO-Arzt erfolgt. 4.

E. 3.4

des ab dem 1. Januar 2010 gültig gewesenen Vorsorgereglements der Beklagten (Urk. 9/7) kann der Versicherungsschutz für die übergesetzlichen Leistungen vom Ergebnis einer vertrauensärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden. Allfällige Vorbehalte werden dem Versicherten schriftlich mitgeteilt und sind beschränkt auf die vom Arzt festgestellten Schäden. Nach fünfjähriger Zugehörigkeit zur Stiftung fällt ein allfälliger Leistungsvorbehalt weg, falls zu diesem Zeitpunkt volle Arbeitsfähigkeit besteht. Laut Art. 24.4 des Vorsorgereglements behält sich der Stiftungsrat vor, die Leistungen einzustellen oder zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzufordern, wenn ein Versicherter bzw. ein Destinatär seinen Meldepflichten nicht nachgekommen ist. 2.

E. 4

Abs. 3 VVG) statuierten Erfordernisse der Bestimmtheit und Unzweideutigkeit der Fragenformulierung. Danach verletzt ein Versicherter die Anzeigepflicht, wenn er eine bestimmte und unzweideutig formulierte Frage zu den bei ihm bestehenden oder vorbestehenden gesundheitlichen Störungen verneint, denen er nach der ihm zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen müsste. Hingegen würde es zu weit führen, wenn der Aufnahmebewerber vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss, anzuzeigen verpflichtet wäre. Das Verschweigen derartiger geringfügiger Gesundheitsstörungen vermag keine Verletzung der Anzeigepflicht zu begründen (BGE 134 III 511 E. 3.3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2008 vom 6. März 2009 E. 3.2.1, je mit weitreichenden Hinweisen). 1.3.4

Der Antragsteller hat dem Versicherer nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch

diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls ihm von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüsse eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Er genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (BGE 134 III 511 E. 3.3.3, Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2008 vom 6. März 2009 E. 3.2.1 je mit weiteren Hinweisen). 1.4

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art.

E. 4.1

Der Versicherte litt an einem Bindehautmelanom am linken Auge. Diese Diagnose war ihm im Zeitpunkt des Ausfüllens des Gesundheitsfragebogens der Beklagten am 3. Oktober 2011 bekannt. Es stand auch fest, dass es sich um einen bösartigen Tumor handelte. Er wurde am 6. Juli 2010 durch einen dafür spezialisierten Arzt an der Universitätsklinik C.____ – mithin war der Beizug eines Arztes nicht nur ausserhalb des Kantons Zürich, sondern gar ausserhalb der Deutschschweiz erforderlich - operiert und es wurde im Anschluss eine Strahlentherapie durchgeführt. Die Frage 3 auf dem Gesundheitsfragebogen der Beklagten «Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit?» war damit ohne Weiteres mit Ja zu beantworten, wo gegen es sich als falsch erwies, dass der Versicherte die Frage ursprünglich verneint hatte.

E. 4.2

Die Antwort wurde denn auch korrigiert, das Kreuzchen bei der Antwort «nein» durchgestrichen und stattdessen die Antwort «ja» angekreuzt, die Anmerkung «Augenoperation links» angebracht und die Frage, ob die Behandlung definitiv abgeschlossen sei, bejaht. Der Umstand, dass die Korrekturen mit einer anderen Farbe erfolgt sind, lässt darauf schliessen, dass sie erst nachträglich, in einem separaten Arbeitsschritt erfolgt sind. Der genaue Zeitpunkt der Korrektur lässt sich aber aufgrund der Unterlagen nicht feststellen und ist zwischen den Parteien strittig. Während die Klägerinnen geltend machen, die Korrektur sei im Rahmen der Übergabe des Formulars an die Beklagte am 3. Oktober 2011 erfolgt, behauptet die Beklagte, die Korrektur sei erst ein bis eineinhalb Jahre später vorgenommen worden, als B.____ aufgrund eines Gesprächs mit dem Versicherten über eine dazumal durchgeführte weitere Augenoperation erkannt habe, dass er den Gesundheitsfragebogen falsch ausgefüllt haben könnte, indem er das Bestehen einer schweren Erkrankung verneint habe. Wie zu zeigen sein wird, kann die Frage des Zeitpunktes der Korrektur letztlich offen bleiben, da in beiden Fällen gleich zu entscheiden ist. Es ist aber festzuhalten, dass es der Beklagten obliegt, das von den Versicherten ausgefüllte Formular bei der Entgegennahme zu kontrollieren. Soweit sie ein

nicht eindeutig ausgefülltes Formular entgegen nimmt und den Versicherten vorbehaltlos in die Versicherung aufnimmt, wirkt es sich zu ihren Lasten aus, wenn die Angaben auf dem Formular unterschiedlich interpretiert werden können. Keinesfalls angehen kann es sodann, das mit Datum und Unterschrift des Versicherten versehene und von der Beklagten aufbewahrte Schriftstück im Nachhinein abzuändern, ohne diesen Vorgang in nachvollziehbarer Weise festzuhalten. Wenn die Korrekturen effektiv nach dem 3. Oktober 2011 erfolgt sind, wäre zumindest das Datum der Korrektur festzuhalten gewesen und der Versicherte hätte sein Einverständnis bzw. die Richtigkeit der Korrekturen mit seiner Unterschrift bestätigen müssen. Richtig wäre aber ohnehin gewesen, das vorhandene Formular unverändert zu belassen und vom Versicherten ein neues Formular auszufüllen und mit aktuellem Datum versehen unterschreiben zu lassen.

E. 4.3

Es ist festzuhalten, dass im Gesundheitsfragebogen der Beklagten lediglich danach gefragt wird, ob die versicherte Person in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit gehabt habe. Bei Bejahung der Frage wird im Weiteren danach gefragt, ob die Behandlung definitiv abgeschlossen sei, zusätzliche Ausführungen zur Erkrankung, insbesondere das Festhalten einer Diagnose, werden aber nicht verlangt. Bei der Angabe «Augenoperation links» handelt es sich somit um eine Angabe, welche das Formular gar nicht verlangt. Ausserdem ist sie auch nicht falsch, da der Versicherte effektiv am linken Auge operiert worden ist. Mithin hat der Versicherte zwar nicht angegeben, an welcher schweren Krankheit er leidet, sondern nur wie diese initial behandelt worden ist. Die Frage auf dem Formular hat er aber vollständig beantwortet, indem er angegeben hat, dass er eine schwere Krankheit hatte.

Bei der Prüfung der Frage, ob der Versicherte zu Recht angegeben hat, dass die Behandlung definitiv abgeschlossen sei, ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2010 ein lokaler Befund gestellt wurde und keine Anhaltspunkte für eine Metastasierung bestanden. Es musste zwar nicht nur eine Augenoperation, sondern auch eine anschliessende Bestrahlung sowie ein Tumorstaging inklusive Radiologie durchgeführt werden, diese Behandlung war aber im Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens am 3. Oktober 2011 seit rund einem Jahr abgeschlossen. Es fand weiterhin Nachsorgeuntersuchungen statt, eine Behandlung des Leidens an sich wurde aber nicht mehr durchgeführt. Es erwies sich damit nicht als falsch, dass der Versicherte angegeben hatte, die Behandlung sei definitiv abgeschlossen. Wohl war das Risiko eines Rezidivs und damit des Erfordernisses einer erneuten Behandlung tatsächlich recht hoch, wie die Klägerinnen zu Recht einwenden, wird im Fragebogen aber nicht nach statistischen Werten gefragt und der Versicherte durfte am 3. Oktober 2011 davon ausgehen und auch die berechtigte Hoffnung haben, dass die Behandlung abgeschlossen war und es zu keinem Rückfall kommen würde. 4. 4

Soweit die Beklagte ihren Rücktritt vom Vertrag damit begründet, dass der Versicherte die Frage 3 auf dem Gesundheitsfragebogen ursprünglich zu Unrecht verneint hat, ist festzuhalten, dass B.____, welche zu diesem Zeitpunkt als für die Beklagte kollektivzeichnungsberechtigte Person im Handelsregister eingetragen war, gemäss Darstellung der Beklagten rund ein bis eineinhalb Jahre später bemerkte, dass der Versicherte die Frage 3 allenfalls falsch beantwortet haben könnte. Folgt man der Darstellung der Beklagten, gab der Versicherte in der Folge dann offensichtlich zu, dass er den Gesundheitsfragebogen falsch ausgefüllt hatte, die Beklagte hatte von diesem Umstand Kenntnis und die vierwöchige Frist zum Rücktritt vom überobligatorischen Versicherungsvertrag begann in diesem Zeitpunkt zu laufen. Wenn die Beklagte nunmehr geltend macht, sie habe keinen

Anlass zum Rücktritt vom Vertrag gesehen, da ihr der Versicherte erklärt habe, bei der Erkrankung handle es sich um nichts Schlimmes, widerspricht sie sich selber. Wäre die Beklagte damals davon ausgegangen, dass es sich eben doch um keine schwere Erkrankung gehandelt hätte, hätte es keinen Grund gegeben, den vom Versicherten aus gefüllten Fragebogen abzuändern.

Die Frage 3 wäre in diesem Fall zu Recht mit «nein» beantwortet worden. Geht man von der Richtigkeit der Sachverhaltsdarstellung der Beklagten aus, so verhielt es sich so, dass sie rund ein bis eineinhalb Jahre nach dem 3. Oktober 2011 feststellte, dass der Versicherte den Gesundheitsfragebogen falsch ausgefüllt hatte. Sie entschied sich aber in der Folge nicht dafür, deswegen vom Vertrag zurückzutreten, sondern sie änderte den Gesundheitsfragebogen ab. Mithin akzeptierte sie damit ausdrücklich, dass sie den Versicherten vorbehaltlos in die Versicherung aufgenommen hatte, obwohl dieser in den letzten fünf Jahren vor der Aufnahme in die Versicherung an einer schweren Krankheit gelitten hatte. Spätestens in diesem Zeitpunkt begann die vierwöchige Verwirkungsfrist für die Erklärung zum Rücktritt vom Vorsorgevertrag zu laufen. Der mit dem Schreiben vom 15. Januar 2018 (Urk. 2/5) erklärte Rücktritt erfolgte somit verspätet.

E. 4.5

In Gutheissung der Klage ist die Beklagte damit zu verpflichten, den Klägerinnen die Hinterlassenenleistungen aus dem weitergehenden Vorsorgevertrag

zu erbringen, sofern die entsprechenden (übrigen) Voraussetzungen erfüllt sind. Bei der Klägerin 2 ist dabei insbesondere zu berücksichtigen, dass sie das 18. Altersjahr erreicht hat und Waisenrenten - längstens bis zur Vollendung des 25. Altersjahres - nur geschuldet sind, wenn sie noch in Ausbildung steht und keine hauptberufliche Erwerbstätigkeit ausübt oder wenn sie invalid ist (Art. 19 des seit 1. Januar 2014 gültigen Reglements der Beklagten, Urk. 2/8). 5.

Bezüglich der von den Klägerinnen geltend gemachten Verweigerung des Akteneinsichtsrechts im Sinne von

Art. 85b BVG ist festzuhalten, dass im Klageverfahren nach Art. 73 BVG die massgebenden Akten, soweit sie noch nicht vorliegen, im Rahmen des Beweis- und Editionsverfahrens von den Parteien erhältlich gemacht werden können. Die Beklagte ist dementsprechend mit Verfügung vom 5. April 2018 aufgefordert worden, die vollständigen Akten einzureichen (Urk. 4) und sie ist dieser Aufforderung zusammen mit der Einreichung der Klageantwort am 14. Juni 2018 nachgekommen (Urk. 9/1-50). Der Klageweg nach Art. 73 BVG dient dagegen nicht der Überprüfung der Wahrung des Gehörsanspruchs durch die Vorsorgeeinrichtung. Denn diesem Verfahren liegt kein anfechtbarer Verwaltungsentscheid zugrunde, dessen Rechtmässigkeit - so wie im Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren - auch im Hinblick auf die Wahrung des Gehörsanspruchs im Verwaltungsverfahren überprüft werden kann. Die Frage der Verletzung des Akteneinsichtsrechts beschlägt somit ausschliesslich aufsichtsrechtliche Belange. Der von den Klägerinnen zitierte Entscheid des Bundesgerichts 9C_612/2017 vom 27. Dezember 2017 betrifft denn auch nicht das direkte Akteneinsichtsrecht der Betroffenen gegenüber der Vorsorgeeinrichtung, sondern das Akteneinsichtsrecht in die Prozessakten des Gerichts im Rahmen eines Verfahrens gemäss Art. 73 BVG. Dieses wurde den Klägerinnen im Rahmen des vorliegenden Verfahrens gewährt. 6.

Ausgangsgemäss ist die Beklagte gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zu verpflichten, den anwaltlich vertretenen Klägerinnen eine Prozessentschädigung zu entrichten, wobei ein Betrag von Fr. 2'200.-- als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, den Klägerinnen die überobligatorischen Hinterlassenenleistungen aus beruflicher Vorsorge zu erbringen, sofern die entsprechenden (übrigen) Voraussetzungen erfüllt sind. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beklagte wird verpflichtet, den Klägerinnen eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Rechtsanwalt Christoph Stutz - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

E. 6

Abs. 2 VVG).

E. 8

und Urk. 19). 3.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.