

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00037 vom 25. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_BV.2019.00037](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2019.00037)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00037 du 25 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2019.00037 del 25 settembre 2020

## Erwägungen

### E. 1

Dezember 2053, versichert wurde . Zusätzlich wurde eine nicht indexierte Rente bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit von Fr.

12'000.00 bei Prämienbefreiung infolge Krankheit oder Unfall versichert (Urk.

2/3). Am 28. Oktober 2015 stellte X.\_\_\_\_ Antrag auf Erhöhung der Jahresprämie um Fr. 1'200.00 per 1. Dezember 2015, was zu einer Erhöhung des Erlebens- und Todesfallkapitals auf Fr. 94'477.00 führte bei ansonsten unveränderten Leistungen (Urk. 2/4 und Urk. 2/5). Per 1. November 2016 beantragte X.\_\_\_\_ erneut eine Erhöhung der Jahresprämie (Urk. 2/6), was eine Erhöhung des Erlebens- und Todesfallkapitals auf Fr. 185'027.00 bei ansonsten gleichen Leistungen zur Folge hatte (Urk. 2/7). Am 6. Dezember 2017 stellte X.\_\_\_\_ Antrag auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit (Urk. 2/8) infolge Depression.

Mit Schreiben vom 18. Januar 2018 teilte die Allianz X.\_\_\_\_ mit, dass sie den Lebensversicherungsvertrag V95.0.064.548 infolge einer Verletzung der Anzeigepflicht kündigten (Urk. 2/9; vgl. Urk. 2/10).

### E. 2

Mit Eingabe vom 8. Mai 2019 erhob X.\_\_\_\_ Klage gegen die Allianz und beantragte, es sei gerichtlich festzustellen, dass die Kündigung der Einzel-Lebensversicherungspolice Nr. ... durch die Beklagte zu Unrecht erfolgt sei und die Police weiterhin bestehe. Die Beklagte sei darüber hinaus verpflichtet, dem Kläger die vertragliche Prämienbefreiung zu gewähren (Urk. 1 unter Beilage der Akten Urk. 2/2-15). Mit Klageantwort vom 23. Juli 2019 beantragte die Beklagte, dass auf das klägerische Hauptbegehren nicht einzutreten und die Klage im Übrigen vollumfänglich abzuweisen sei (Urk. 8 unter Beilage der Akten Urk. 9/1-3). Der Kläger hielt mit Replik vom 18.

November

2019 (Urk.

14 unter Beilage von Urk. 15/16-21) vollumfänglich an seinen Anträgen fest, wie auch die Beklagte mit Duplik vom 12. Dezember 2019 (Urk. 18). Der Kläger nahm am 20. Dezember 2019 erneut Stellung (Urk. 20 unter Beilage der Akten Urk. 21/22-23), woraufhin sich die Beklagte am 23. Januar 2020 erneut vernehmen liess (Urk. 24). Der Kläger wurde am 28. Januar 2020 hierüber in Kenntnis gesetzt (Urk. 25).

### E. 3

.3.2

Das Rücktrittsrecht des Versicherers besteht gemäss Art. 8 Ziff. 1 VVG dann nicht, wenn die verschwiegene oder unrichtig angezeigte Tatsache vor Eintritt des befürchteten Ereignisses weggefallen ist. Dabei dürfen auch keine Folgewirkungen der verschwiegenen Tatsache mehr fortbestehen. Wird beispielsweise eine durch den Versicherungsnehmer verschwiegene oder unrichtig deklarierte Krankheit nach Vertragsabschluss erfolgreich behandelt, so fällt die Gefahrstatsache nicht dahin, falls die früher bestehende Gesundheitsstörung zu Rückfällen oder Spätfolgen führen kann (Nef, in: Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Art. 8 N 7; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_66/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3). Ebenfalls kein Rücktrittsrecht besteht gemäss Art. 8 VVG unter anderem, wenn der Versicherer die Verschweigung oder unrichtige Angabe veranlasst hat (Ziffer

2); wenn der Versicherer die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss (Ziffer 3) und wenn der Versicherer die unrichtig angezeigte Tatsache richtig gekannt hat oder gekannt haben muss (Ziffer 4).

Gemäss Art. 34 VVG hat der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer für das Verhalten seines Vermittlers wie für sein eigenes einzustehen.

#### **E. 4**

Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

##### **E. 4.1**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med.

Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielten in der Krankengeschichte des Klägers am 3.

Oktober 2013 fest, dass subjektiv ein linksthorakaler Druckschmerz seit ca. zwei Wochen bestehe, dieser sei atmungsabhängig und gehe bis in den Rücken. Es habe in der Familie viele Krebsfälle gegeben, er habe Angst vor Lungenkrebs. Der Kläger wirke gesund, pulmonal sei er blande, ebenso sei die Brustwirbelsäule paravertebral blande. Es bestehe eine leichte Druckdolenz (DDO) M. pectoralis links. Die Angst des Klägers vor einer Krebserkrankung sei grösser als seine Beschwerden. Es wurde ein Labor angefertigt, welches unauffällig ausfiel (Urk. 2/11).

##### **E. 4.2**

Auf Rückfrage der Beklagten gab Dr. Y.\_\_\_\_ an, dass sich der Kläger vom 3.

Oktober 2013 bis zum 11. Mai 2015 bei Dr. Z.\_\_\_\_ in Behandlung befunden habe. Am 3. Oktober 2013 seien ein muskulärer Thoraxschmerz und eine Karzinophobie diagnostiziert worden. Diese seien erstmals ca. Mitte September 2013 aufgetreten. Der Kläger sei am 3. Oktober 2013 über diese Diagnosen informiert worden, nach dem gleichentags ein EKG, ein Thorax-Röntgen sowie ein Blutbild/CRP normal ausgefallen seien. Am 31. Oktober 2013 sei eine Dauerüberweisung vom 3. Oktober 2013 bis zum 3. Oktober 2014 für eine delegierte Psychotherapie bei lic. phil. A.\_\_\_\_ ausgestellt worden. Über den Verlauf dieser Behandlung lägen keine Angaben vor (Urk. 2/10).

##### **E. 4.3**

A.\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, hielt in seinem Bericht vom 18. Februar 2019 fest, dass der Kläger am 21. Juni 2013 auf ein Erstgespräch in seine Praxis

gekommen sei zur Abklärung des Settings und der möglichen Frequenz der Behandlungstermine. Er stelle Fragen bezüglich Behandlungsprozederes, der Zahlungsmodalitäten und der Art der psychotherapeutischen Behandlung. Er wirke bedrückt und besorgt und erkläre die gegenwärtige Situation. Er habe sein Leben nicht mehr im Griff und suche deshalb Unterstützung. Lic. phil. A.\_\_\_\_ sei nicht seine erste Anlaufstation und er sei skeptisch, ob er ihm helfen könne. Sie hätten einige Szenarien bezüglich erwünschter Veränderungen erarbeitet. Primär gehe es um emotionale Stabilisierung und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Der Kläger habe offen lassen wollen, ob er weitere Sitzungen in Anspruch nehmen wolle und habe sich in der Folge nicht mehr gemeldet (Urk. 2/12 ; Urk. 9/2 ).

#### **E. 4.4**

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Dermatologie und Venerologie, nahm am 25.

Januar 2019 Stellung zuhanden der Beklagten. Es sei ihm ein Fehler unterlaufen, der Kläger sei einmalig beim delegiert arbeitenden Psychologen lic. phil. A.\_\_\_\_ gewesen. Dieser Fehler sei auf eine Umstellung der Aufbewahrung der Krankenakten zurückzuführen (Urk. 2/13).

#### **E. 4.5**

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 18. November 2015 Folgendes (Urk. 9/1): - Überlastungstendinopathie der Hüftbeuger links (M. iliopsoas ) - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit linksseitig betontem Schmerzsyndrom - Schmerzen im Bereich M. pectoralis links und submamär links - Angstzustände und Nervosität sowie Schlafstörung im Rahmen der Schmerzen - Intermittierend paravertebrales Schmerzsyndrom lumbal links bei - Wirbelsäulenfehlform mit tiefgezogener BWS-Kyphose und aufgehobener Lendenlordose

Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchung sei vor allem auch ein myofaszielles Schmerzproblem im Bereich der Hüftbeuger vorliegend. Eine zugrundeliegende Coxarthrose könne nicht festgestellt werden, ebenso lägen keine Hinweise auf ein femoroacetabuläres

Impingement vor. Auffallend sei die Wirbelsäulenfehlform mit tiefgezogener BWS-Kyphose, sodass dadurch sicher lumbale Beschwerden im thorakolumbalen Übergang wie auch paravertebral in diesem Bereich erklärt werden könnten. Bezüglich der Leistenbeschwerden empfehle sie eine

aktive physikalische Therapie mit Kräftigung und Dehnungsübungen , allen falls auch nochmals eine

Triggerpunktbehandlung . Eine weitere Abklärung sei aus rheumatologischer Sicht nicht indiziert. Es seien bereits diverse Abklärungen mit Ultraschall-Abdomen, Leistenultraschall, Thorax-Röntgen und urologischer Abklärung sowie Coloskopie erfolgt. Sie habe dem Kläger erklärt, dass eine psychologische Betreuung sinnvoll wäre, insbesondere wegen der Angstzustände mit hypochondrischen Zügen und den Schlafstörungen. Es sei ein Hausarztwechsel vorgesehen (Urk. 9/1).

#### **E. 4.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer vom 5.

September bis zum 30.

November

2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit, danach attestierte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember bis zum 17. Dezember 2017 (Urk. 2/8). Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte dem Kläger vom 18. Dezember 2017 bis zum 30. Juni 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 15/16-21).

#### **E. 4.7**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 12. März 2019 fest, dass der Kläger seit dem 15. November 2018 bei ihm in Behandlung stehe. Vom 5. September bis zum 17. November 2017 sei er in der Klinik H.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen mit folgenden Diagnosen (Urk. 2/15): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)

Gelegentlich schlafe der Kläger gut, oft klagt er aber über massive Schlafstörungen. Zusammen mit den geschilderten Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen sei ihm im Moment eine regelmässige Arbeit in der ersten Tageshälfte nicht zumutbar. Er erachte ihn als bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig, wobei darauf geachtet werden sollte, dass er nachmittags arbeiten könne.

#### **E. 5.1**

Vorab zu klären ist, ob der Kläger eine Anzeigepflichtverletzung begangen hat, welche die Kündigung des Vertrages rechtfertigt.

Im Antrag zum Abschluss der Lebensversicherung wurde der Kläger darauf hingewiesen, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen sind. Frage 10 lautet folgendermassen:

«Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge Krankheit oder Unfall des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Epilepsie, nervöse Störungen), der Augen oder der Psyche (z.B. Depression, Angst- bzw. Erschöpfungszustände) oder haben sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?»

Aus den Akten geht hervor, dass der Kläger am 21.

Juni

2013 selbständig A.\_\_\_\_ aufgesucht hatte, um Fragen bezüglich des Behandlungsprozesses etc. zu stellen und anlässlich dieses Termins erklärte, er habe sein Leben nicht mehr im Griff und suche deshalb Unterstützung (Urk. 2/12). Anlässlich der Untersuchung vom 3. Oktober 2013 wurde in der Krankenakte notiert, dass die Angst des Klägers vor einer Krebserkrankung grösser sei als seine Beschwerden (Urk. 2/11), und am 31. Oktober 2013 wurde eine Dauerüberweisung für die delegierte Psychotherapie bei A.\_\_\_\_ ausgestellt (Urk. 2/10).

Aufgrund der hausärztlich ausgestellten Dauerüberweisung für eine delegierte Psychotherapie im Oktober 2013 und der selbständigen Konsultation von A.\_\_\_\_

hätte dem Kläger vor der Antragsstellung im März 2014 bewusst sein müssen, dass er unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Psyche gelitten hat.

Die Ausführungen des Klägers, dass er weder eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung noch Kenntnis der Diagnose « Karzinophobie » gehabt habe, womit er die Frage 10 zu Recht verneint habe (Urk. 1), schlagen entsprechend fehl.

Soweit der Kläger vorbringt, dass ihm nie eine Dauerüberweisung für eine delegierte Psychotherapie ausgestellt worden sei (Urk. 14), entspricht dies nicht den im Recht liegenden Akten, in welchen Dr. Y.\_\_\_\_ ausdrücklich festhält, dass am 31. Oktober 2013 eine Dauerüberweisung für ein Jahr getätigt worden sei (Urk.

2/10).

Entsprechend kann auch offen bleiben, ob die Diagnose « Karzinophobie » dem Kläger ausdrücklich mitgeteilt wurde oder nicht - die Frage 10 beinhaltet nicht, dass eine ICD-10-konforme Diagnose vorliegt, es reicht aus, wenn der Kläger wissen musste, dass er unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Psyche gelitten hat.

Aufgrund der vorliegenden Anzeige pflichtverletzung kündigte die Beklagte die Einzel-Lebensversicherung Police Nr. ... zu Recht (vgl. E. 3.2).

### **E. 5.2**

Die Beklagte hatte Kenntnis der Anzeige pflichtverletzung mit Zugang des Berichtes von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 2. Januar 2018 (Urk. 2/10) und kündigte am 18. Januar 2018 (Urk. 2/9) die Police. Damit erfolgte die Kündigung form- und fristgerecht, was im Übrigen auch seitens der Parteien nicht in Abrede gestellt wurde.

### **E. 5.3**

Strittig ist des Weiteren, ob eine allfällige Leistungspflicht der Beklagten vor der rechtmässigen Kündigung entstanden ist und falls ja, ob diese aufgrund man gelnder Kausalität der Anzeige pflichtverletzung dennoch zu erbringen ist (vgl. E.

3.3.1).

#### **E. 5.3.1**

Der Kläger führte aus, dass die Wartefrist mit dem Eintritt der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu laufen begonnen habe am 5.

September

2017, da die «Allianz Suisse» gleichzeitig auch seine Krankentaggeldversicherung gewesen sei und er dieser am 21. September 2017 Meldung gemacht habe, was von ihr auch bestätigt worden sei. Demnach sei er bei Ablauf der Wartefrist medizinisch bedingt arbeits- und erwerbsfähig gewesen, so dass die Prämienbefreiung mangels Kausalität geschuldet sei, da die heutigen Beschwerden in keinem kausalen Zusammenhang zu der von der Beklagten geltend gemachten Anzeige pflichtverletzung stünden. Damit habe die Beklagte dem Kläger nach Ablauf der 90-tägigen Wartefrist mit Wirkung ab 3. Dezember 2017 bis auf weiteres Prämienbefreiung im Umfang von 50 % zu leisten (Urk. 1, Urk. 14 und Urk. 20).

#### **E. 5.3.2**

In ZB Ziff. 7.2 (vgl. auch ZB Prämienbefreiung Ziff. 7.2)

wird festgehalten, dass der Versicherungsnehmer bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit die Allianz Suisse spätestens nach 90 Tagen informieren muss. Die für die Meldung

erforderlichen Formulare können bei Allianz Suisse bezogen werden. Wird Allianz Suisse der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf dieser Frist von 90 Tagen angezeigt, so beginnt die Wartefrist ab dem Datum an zu laufen, an dem die Meldung der Erwerbsunfähigkeit am Hauptsitz der Allianz Suisse eintrifft (Urk. 2/3) .

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall während der vereinbarten Wartefrist und darüber hinaus ganz oder teil weise weder ihren Beruf noch eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben im Stande ist (ZB Ziff. 3 ; vgl. auch ZB Prämienbefreiung Ziff. 3; Urk. 2/3 ).

Die Wartefrist laut Police beträgt für die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall 90 Tage und bei der Rente bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit 720 Tage (Urk. 2/3, S. 5 und S. 6).

In den Erläuterungen der Begriffe in den Allgemeinen Bedingungen steht, dass die Allianz Suisse Lebensversicherung-Gesellschaft AG nachfolgend Allianz Suisse genannt wird (Urk. 2/3).

#### **E. 5.3.4**

Aus den Akten geht hervor, dass der Kläger die «Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung» am 21. September 2017 ausgefüllt (Urk. 21/22) und der Kollektiv-Krankenversicherung am 31. Oktober 2017 eine Ermächtigung für den Schaden-Nr. ...

erteilt hat (Urk. 21/23). Am 6. Dezember 2017 stellte der Kläger Antrag auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit in Bezug auf die Police ... (Urk. 2/8) bei der Beklagten .

#### **E. 5.3.5**

Die 720-tägige Wartefrist für eine Rente bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit war – unabhängig davon , ob die Wartefrist ab dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im September 2017 oder erst ab 6. Dezember 2017 zu laufen beginnt - sicherlich noch nicht abgelaufen zum Zeitpunkt der Kündigung im Januar 2018.

#### **E. 5.3.6**

Relevant ist der Beginn der Wartefrist allerdings mit Bezug auf die Prämienbefreiung, da für diese eine Wartefrist von 90 Tagen gilt.

Der Kläger arbeitete als Kundenberater für Allianz Suisse Peter Maurer in Winterthur (vgl. Urk. 21/22) . In dieser Funktion hätte n ihm die Vertragsbedingungen geläufig sein müssen und es hätte ihm klar sein müssen, dass er die geforderte

Meldung an die Allianz Suisse Lebensversicherung -Gesellschaft AG machen muss und die «Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung» diesbezüglich nicht ausreicht. Entsprechend reichte er am 6. Dezember 2017 das richtige Formular ein (Urk. 2/8).

Der Kläger war gemäss eigenen Angaben seit dem 5. September 2017 in unterschiedlichem Masse arbeitsunfähig (Urk. 2/8). Die 90-tägige Frist war damit zum Zeitpunkt der Mitteilung an die Beklagte bereits verstrichen, womit die Wartefrist im Zeitpunkt des Eingangs bei der Beklagten im Dezember 2017 zu laufen begann (vgl. E. 5.3.2) und bei Kündigung der Police im Januar 2018 noch nicht abgelaufen war.

#### **E. 5.3.7**

Demnach sind die Wartefristen weder für die Rente noch für die Prämien befreit und abgelaufen, womit vor der Kündigung durch die Beklagte keine Leistungspflicht eingetreten sein konnte. Damit ist unerheblich, ob die fehlende Angabenerfüllung der vorbestehenden psychischen Beschwerden kausal war oder keinen Einfluss gezeitigt hat.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend erweist sich die Kündigung durch die Beklagte als rechtmäßig. Mangels vor der Kündigung eingetretener Leistungspflicht ist auch keine Prämienbefreiung geschuldet. Demnach erweist sich die Klage als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

#### **E. 6**

Die Beklagte, welche als Anbieterin einer gebundenen Vorsorgeversicherung (Säule 3a) eine öffentlichrechtliche Aufgabe wahrnimmt, hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. § 34 Abs. 2 GSVGer; in BGE 141 V 439 nicht publizierte E.

5 des Urteils des Bundesgerichts 9C\_867/2014 vom 11.

August 2015, in BGE 138 III 416 nicht publizierte E.

#### **E. 7**

des Urteils des Bundesgerichts 9C\_680/2011 vom 11. Mai 2012). Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 3.

Das Verfahren ist kostenlos. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

Gegen diese Entscheidung 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 Die Gerichtsschreiberin Hurst-Casanova

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