

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00053

vom 20. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2021.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00053 du 20 décembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00053 del 20 dicembre 2022

Erwägungen

E. 1.1

Nach § 2 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist das hiesige Gericht unter anderem zuständig für die Beurteilung von Klagen nach Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge (BVG). Art. 73 Abs. 1 BVG bestimmt, dass die zuständige kantonale Instanz über Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten entscheidet; sie entscheidet auch über Streitigkeiten mit Einrichtungen, welche der Erhaltung der Vorsorge im Sinne von Art.

E. 1.2

Für die Zuständigkeit des kantonalen Gerichts gemäss Art. 73 BVG ist in sachlicher Hinsicht erforderlich, dass die Streitigkeit die berufliche Vorsorge im engeren oder weiteren Sinn beschlägt. Das ist dann der Fall, wenn die Streitigkeit spezifisch den Rechtsbereich der beruflichen Vorsorge betrifft und das Verhältnis zwischen einer anspruchsberechtigten Person und einer Vorsorgeeinrichtung zum Gegenstand hat. Im Wesentlichen geht es somit um Streitigkeiten betreffend Versicherungsleistungen, Freizügigkeitsleistungen (nunmehr Eintritts- und Austrittsleistungen) und Beiträge. Der Rechtsweg nach Art. 73 BVG steht dagegen nicht offen, wenn die Streitigkeit ihre rechtliche Grundlage nicht in der beruflichen Vorsorge hat, selbst wenn sie sich vorsorgerechtlich auswirkt (BGE 130 V 105 Erw. 1.1).

E. 1.3

Örtlich zuständig ist das Gericht am schweizerischen Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder am Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde (Art. 73 Abs. 3 BVG).

E. 1.4

Vorliegend sind Versicherungsleistungen gegenüber einer Einrichtung gemäss Art. 82 Abs. 2 BVG strittig. Die Beklagte hat ihren Sitz im Kanton Zürich und der Kläger arbeitet in einem im Kanton Zürich ansässigen Betrieb. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts ist damit gegeben.

E. 1.5

Festzuhalten ist im Weiteren, dass somit auch die Verfahrensvorschriften von Art. 73 Abs. 2 BVG zur Anwendung kommen, wonach das Verfahren einfach, rasch sowie in der Regel kostenlos ist und das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. 2. 2.1

Laut der zwischen dem Kläger und der Beklagten bestehenden Versicherungs police Nr. F ____ in der ab dem

1. April 2008 gültigen Form beträgt die jährliche Erwerbsausfallrente Fr. 50'000.--. Ebenso wird festgehalten, dass die Versicherung bei Erwerbsunfähigkeit prämienfrei weitergeführt wird (Urk. 2/6) . 2 .2

Gemäss Art. 1e Ziff. 2 der Allgemeinen Bedingungen für Einzel-Kapitalversicherungen der Berner Lebensversicherungs-Gesellschaft (AVB84, Urk. 11/8) liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte medizinisch objektiv nachweisbar nicht mehr imstande ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben und er dadurch einen Erwerbsausfall erleidet. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung des Versicherten angemessen ist (AVB84 Art. 1e Ziff. 3). Die Leistungen bemessen sich nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Beträgt sie mehr als 2/3, so werden die vollen Leistungen gewährt; beträgt sie weniger als 1/4, so besteht kein Leistungsanspruch (AVB84 Art. 2e Ziff. 2) . Werden Leistungen geltend gemacht, so ist dies der Berner Leben unter Angabe der Policennummer schriftlich mitzuteilen (AVB84 Art. 3e Ziff. 1). Es steht der Berner Leben frei, ein ärztliches Zeugnis direkt beim behandelnden Arzt zu verlangen oder das Zeugnisformular zur Weiterleitung dem Versicherten zuzustellen (AVB84 Art. 3e Ziff. 3). Die Berner Leben kann ferner Auskünfte und Nachweise verlangen, die ihr zur Feststellung der Anspruchsberechtigung erforderlich sind (AVB84 Art. 3e Ziff. 4). Die Zusatzversicherung und damit auch die Leistungspflicht erlischt, wenn der Versicherte die von der Berner Leben verlangten Untersuchungen und Erhebungen verweigert oder verunmöglicht (AVB84 Art. 7e). 3 .

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

Der Kläger machte zur Begründung seiner Klage vom 15. September 2021 (Urk. 1) geltend, bei der zwischen ihm und der Beklagten abgeschlossenen Versicherung handle es sich um eine Summenversicherung. Für die Bejahung eines Versicherungsanspruchs sei mithin keine Erwerbseinbusse erforderlich. Selbst wenn von einer Schadenversicherung auszugehen wäre, so müsse angenommen werden, dass die Erkrankung des Klägers eine Erwerbseinbusse zur Folge gehabt habe. Seine Ehefrau habe in vielen Bereichen der Geschäftstätigkeit einspringen müssen. Dadurch, dass der Kläger nicht mehr im bisherigen Umfang habe weiterarbeiten können, sei zwischen 2010 und 2016 ein Gewinnausfall von Fr. 288'863.93 entstanden. Ausser im Jahr 2012 sei stets ein Ausfall von mindestens 25 % vorgelegen, welcher einen Leistungsanspruch begründe. Der Kläger habe seine Mitwirkungspflichten nicht verletzt. Es obliege der versicherten Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig sei und daher Anspruch auf Taggelder habe, wenn die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt habe und sodann geltend mache, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden. Der Versicherte geniesse jedoch insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun habe. Der Kläger habe der Beklagten die für den Nachweis der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nötigen Belege und Arztberichte zur Verfügung gestellt. Die Beklagte habe bei den behandelnden Ärzten selbst Berichte eingeholt. Der behandelnde Psychiater habe von einem chronifizierten Krankheitsbild berichtet, woraus geschlossen werden müsse, dass der Kläger zu keinem Zeitpunkt nach

dem Eintritt der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit Ende 2009 eine n amhafte Arbeitsfähigkeit wieder erlangt habe. Insbesondere habe er seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Aus den eingereichten Belegen ergebe sich, dass der Kläger mit Sicherheit bis Ende 2012 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Ende 2012 sei es zu einer Überlastung und depressiven Kompensation gekommen. Die probe weise Wiederaufnahme von Hilfsarbeiten im eigenen Betrieb sei abgebrochen worden. Auch in der Zeit nach 2012 müsse folgerichtig von einer gänzlichen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ausgegangen werden. Für den Zeitraum ab 2013 bestünden zwar keine echtzeit lichen Dokumente, die über die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Klägers Aufschluss geben würden. Diese B eweisnot habe aber die Beklagte massgebend zu verantworten, habe sie doch dem Kläger in den auf den Therapieabbruch folgenden Jahren vorzu die Prämienbefreiung gewährt, ohne hierfür ärztliche Berichte einzufordern. Damit habe sie die Erwerbsun fähigkeit des Klägers implizit anerkannt und diesem insbesondere signalisiert, dass eine weitere Beibringung von ärztlichen Berichten nicht nötig sei (Urk. 1 S.

E. 3.2

AVB84). 6.2

Die Beklagte gelangte zum Ergebnis, dass aufgrund der ihr vorliegenden Unter lagen gestützt auf den Bericht von med. pract. B.____ eine Arbeitsun fähigkeit für die Zeit vom 1. Dezember 2011 bis zum 31. März 2012, vom 25. April 2012 bis zum 1 6. Juli 2012, vom 1 7. Juli 2012 bis zum 19. November 2012 und vom 2 2. April 2016 bis zum 1 4. Nove mber 2016 bescheinigt sei (Urk. 11/37 S. 5). Eine Erwerbsunfähigkeit hielt sie aufgrund dieser Unterlagen aber nicht als ausge wiesen. Da der Kläger seine Erwerbsunfähigkeit nicht belegen konnte bzw. die dafür notwendigen Unterlagen der Beklagten nicht einreichte , forderte die Beklagte die ausstehenden Prämien nach. Mit gesetzlicher Mahnung vom 8. August 2019 forderte die B eklagte den Kläger auf, die ausstehenden Prämien für d iejenigen Perioden, für die durch med. pract. B.____ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, zu bezahlen , und wies ihn auf die Verzugs folgen hin (Urk. 11/46). Die gesetzliche Mahnung stellte die Beklagte dem Kläger persönlich an dessen ihr zuletzt bekannt gegebene Adresse zu. Die Zustellung konnte aber effektiv nicht erfolgen, da der Kläger weggezogen und die Nachsendefrist abgelaufen war (Urk. 11/45). Da die Zustellung gleichzeitig ebenfalls an den Rechtsvertreter de s Gesuchstellers erfolgte (Urk. 11/46), liegt eine rechtsgültige Zustellung der gesetzlichen M ahnung vor . Nachdem die Prämienzahlung nicht innert F rist erfolgte, wandelte die Beklagte die Police infolge Prämienverzugs in eine prämienfreie Versicherung um und trat vom Vertrag betreffend Zusatz versicherung zurück . Dem entsprechend schuldet sie dem Kläger aus der Zusatz versicherung keine Leistungen mehr. 7.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Klage abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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. 3.3

In der Replik vom 2 4. Mai 2022 (Urk. 19) führte der Kläger aus, der Krankentagegeldversicherer habe vergleichsweise eine über den 1. Juni 2011 hinaus gehende Arbeitsunfähigkeit anerkannt, was im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen sei. Es sei zutreffend, dass der Kläger am 5. Oktober 2011 seine an die Beklagte erteilte Vollmacht zur Akteneinholung widerrufen habe. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht sei jedoch nicht erforderlich, dass der Kläger der Beklagten eine Blankovollmacht erteile. Stelle der Kläger die verfügbaren Beweismittel, Berichte und Unterlagen zur Einsichtnahme zur Verfügung, so sei die Beklagte nicht schlechter gestellt, wie wenn sie die betreffenden Berichte selbst eingeholt hätte.

Nach Eintritt seiner Erkrankung habe sich der Kläger zur Hauptsache bei seinem Hausarzt und dem Psychiater B.____ in Behandlung befunden. Diese hätten ihm ab dem 2. November 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Aus den IV-Akten sei sodann zu entnehmen, dass der Kläger im September 2012 im Rahmen eines provisorischen Praktikums eine angepasste Tätigkeit ausgeübt habe. Anlässlich dieses Praktikums sei es zu einer Überlastung und zu einer gänzlichen Einstellung der Erwerbstätigkeit gekommen. Ab dem Jahr 2014 sei es zu einer Verbesserung gekommen, der Kläger sei in einer leidensangepassten Tätigkeit wieder zu 40 % arbeitsfähig gewesen. Der Beweis einer vollständigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sei erbracht. Inwiefern der Kläger in einer anderen Tätigkeit noch arbeitsfähig sei, sei nicht sein Beweisthema.

Aufgrund der Ausgestaltung der geschäftlichen Tätigkeit des Klägers im Rahmen eines Einzelunternehmens, bei welchem zusätzlich weitere Personen angestellt seien, erscheine das Erfordernis eines Erwerbsausfalls nicht sachdienlich. Aus dem IK-Auszug des Klägers ergebe sich, dass er bis zum Eintritt der Erwerbsunfähigkeit so gut wie nie die versicherte Lohnsumme erzielt habe. Ungeachtet dessen habe die Rechtsvorgängerin der Beklagten Ende 1993 die Versicherungssumme erhöht, was bei dem Kläger zusätzlich den Eindruck erweckt habe, dass die versicherten Rentenleistungen unabhängig vom Umsatz geschuldet seien. Dies sei als Indiz für eine Summenversicherung zu deuten. In der berechtigten Annahme, dass die Ausgestaltung als Einzelunternehmen eine monetäre Bezifferung der Erwerbseinbusse verunmögliche, sei die Beibringung von Unterlagen zur Prüfung der finanziellen Leistungsvoraussetzungen gänzlich ungeeignet gewesen, um über den Leistungsanspruch des Klägers befinden zu können. Der beklagte

Standpunkt, dass keine ausreichenden Informationen zur Prüfung des Versicherungsanspruchs vorgelegen hätten, sei damit nicht zutreffend bzw. die geforderten Unterlagen seien ungeeignet gewesen. Demzufolge sei die Beklagte auch nicht berechtigt gewesen, den Versicherungsvertrag umzuwandeln und die Zusatzversicherung erlöschen zu lassen.

E. 3.4

In der Duplik vom 29. September 2022 (Urk. 25) machte die Beklagte geltend, sie halte daran fest, dass es sich um eine Schadenversicherung handle. Solange der Anspruch auf Prämienbefreiung nicht fällig geworden sei, würden die vertraglichen Prämien vollumfänglich geschuldet bleiben. In den allgemeinen Versicherungsbedingungen werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zusatzversicherung erlösche, wenn der Versicherte die von der Versicherung verlangten Untersuchungen und Erhebungen verweigere oder verunmögliche. Es sei vorliegend offenkundig, dass der Kläger es der Beklagten verunmöglicht habe, die von ihr verlangten Abklärungen durchzuführen. Es seien keine Leistungsansprüche des Klägers entstanden. Der Kläger sei weiterhin verpflichtet gewesen, die geschuldeten und von der Beklagten auch eingeforderten Prämien zu bezahlen, solange kein Anspruch auf Prämienbefreiung anerkannt worden sei. 4.

Der Kläger macht geltend, der Versicherungsvertrag sei als Summenversicherung und nicht als Schadenversicherung auszulegen.

E. 4

Abs. 1 und Art. 26 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Freizügigkeitsgesetz; FZG) dienen (lit. a), über Streitigkeiten mit Einrichtungen, welche sich aus der Anwendung von Art. 82 Abs. 2 BVG ergeben (lit. b), über Verantwortlichkeitsansprüche nach Art. 52 BVG (lit. c) sowie über den Rückgriff nach Art. 56a Abs. 1 BVG (lit. d).

E. 4.1

Für das Zustandekommen und die Auslegung einer Vereinbarung ist zunächst massgebend, was die Parteien tatsächlich übereinstimmend gewollt haben. Die empirische oder subjektive hat gegenüber der normativen oder objektivierten Vertragsauslegung den Vorrang (BGE 144 III 93 E. 5.2.2 S. 98; 135 III 410 E. 3.2 S. 412; 132 III 626 E. 3.1 S. 632). Erst wenn der übereinstimmende wirkliche Wille der Parteien unbewiesen bleibt, sind die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 123 III 165 E. 3a S. 168). Ein objektivierter und damit rechtlicher Konsens bedeutet nicht zwingend, dass die sich äussernde Partei tatsächlich den inneren Willen hatte, sich zu binden; es reicht, wenn die andere Partei aufgrund des objektiv verstandenen Sinns der Erklärung oder des Verhaltens nach Treu und Glauben annehmen konnte, die sich äussernde Partei habe einen Rechtsbindungswillen (BGE 144 III 93 E. 5.2 S. 99 mit Hinweis; vgl. auch BGE 143 III 157 E. 1.2.2 S. 159).

Die allgemeinen Bedingungen eines Versicherungsvertrags werden nach den gleichen Grundsätzen ausgelegt wie andere Vertragsbestimmungen (BGE 142 III 671 E. 3.3 S. 675; 135 III 1 E. 2 S. 6; je mit Hinweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der

übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien nach dem Vertrauensprinzip (BGE 142 III 671 E. 3.3 S. 675; 140 III 391 E. 2.3 S. 398; je mit Hinweisen). Mehrdeutige Klauseln in allge meinen Versicherungsbedingungen sind nach der Unklarheitenregel gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3 S. 69, 607 E. 2.2 S. 610; 124 III 155 E. 1b S. 158). Sie gelangt jedoch nur zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3 S. 69; 122 III 118 E. 2a S. 121 und 2d S. 124; Urteile 4A_650/2017 vom 30. Juli 2018 E. 3.3.1; 4A_327/2015 vom 9. Februar 2016 E. 2.2.1, nicht publ. in BGE 142 III 91).

E. 4.2

Im Gegensatz zur Schadenversicherung ist bei der Summenversicherung die Leistung beim Eintritt des Versicherungsfalls unabhängig davon geschuldet, ob der Versicherte effektiv einen Schaden erlitten hat (BGE 133 III 527 E. 3.2.4 S. 532 f.; 119 II 361 E. 4 S. 364 f.; 104 II 44 E. 4c f. S. 49 ff.; Urteile 4A_38/2015 vom 25. Juni 2015 E. 3.2; 4A_642/2014 vom 29. April 2015 E. 2; 5C.21/2007 vom 20. April 2007 E. 3).

E. 4.3

Anders als im von der Klägerin zitierten Entscheid des Bundesgerichts 4A_521/2015 vom 7. Januar 2016 setzt Art. 1e Ziff. 2 AVB84 einen Erwerbsausfall und damit einen Schaden voraus. Das versicherte Ereignis der Erwerbsunfähigkeit wird gemäss dem klaren Wortlaut dieser Bestimmung so definiert, dass der Versicherte medizinisch objektiv nachweisbar nicht mehr imstande ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben und er dadurch einen Erwerbsausfall erleidet. Erleidet er keinen Erwerbsausfall, ist das versicherte Ereignis nicht eingetreten. Dass es auch Elemente gibt, welche für die Annahme einer Summenversicherung sprechen, ist aufgrund des klaren Wortlauts von Art.

1e Ziff. 2 AVB84 nicht massgeblich. Dass die Leistungen auf einen Betrag von Fr. 50'000.-- beschränkt sind, spricht nicht grundsätzlich gegen eine Schadenversicherung. Ebenso wenig kann aus dem Umstand, dass die Versicherungssumme nur ein Jahr nach Vertragsschluss per 13. Oktober 1993 von Fr. 36'000.-- auf Fr. 50'000.-- erhöht wurde, ohne hierfür eine Korrelation zwischen Erwerbsausfall und Rentenhöhe herzustellen (Urk. 1 S. 10), auf eine Summenversicherung geschlossen werden. Die Rentenhöhe von Fr. 50'000.-- entspricht vielmehr dem ursprünglichen Antrag des Klägers (Urk. 11/1). Weshalb zunächst eine tiefere Rentenhöhe von Fr. 36'000.-- versichert worden ist, ist nicht nachvollziehbar. Dass mit der vereinbarten Rentenhöhe von Fr. 50'000.-- dagegen durchaus darauf abgezielt wurde, den voraussichtlichen Erwerbsausfall und damit den Schaden des Klägers abzudecken, ergibt sich daraus, dass der Kläger gegenüber der Beklagten im «Fragebogen für Selbständigerwerbende» angegeben hat, er habe im Vorjahr ein Erwerbseinkommen von Fr. 80'000.-- erzielt und verfüge (mit Ausnahme der IV) über keine berufliche Vorsorge (Urk. 11/2). Für den Fall einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit war das vom Kläger erzielte Erwerbseinkommen durch die Leistungen der Beklagten in der Höhe von Fr. 50'000.-- und die Leistungen der Invalidenversicherung somit annähernd abgedeckt. Dass in Art. 1e Ziff. 4 der Beginn der Erwerbsunfähigkeit auf den Tag festgelegt wird, an dem diese ärztlich festgestellt wird, führt ebenfalls nicht dazu, dass die AVB84 entgegen dem klaren Wortlaut von Art. 1e Ziff. 2 so zu verstehen sind, dass als versichertes Ereignis nur eine Arbeitsunfähigkeit und kein Erwerbsausfall vor ausgesetzt ist. Art. 1e Ziff. 4 ist vielmehr so zu verstehen, dass für die Festlegung des Beginns der

Erwerbsunfähigkeit die ärztlichen Feststellungen massgeblich sind. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit hängt dagegen nicht alleine von den ärztlichen Feststellungen, sondern vom durch den festgestellten Gesundheitsschaden verursachten Erwerbsausfall ab.

Es verhielt sich entgegen der Behauptung des Klägers auch nicht so, dass die Beklagte ihm während Jahren Leistungen gewährte, ohne dafür einen Nachweis zu fordern, sondern es war so, dass die Beklagte lediglich für eine befristete Zeit Prämienbefreiung gewährte, in der Folge aber weitere Leistungen verweigerte, ohne dass der Kläger dagegen rechtlich vorgegangen wäre und einen Nachweis für einen weiterhin bestehenden Leistungsanspruch erbracht hätte. Der Vorwurf des Klägers, die Beklagte handle entgegen ihrem vormaligen langjährigen Verhalten treuwidrig, ist deshalb unberechtigt. Indem die Beklagte dem Kläger vorgeworfen hat, er habe auf betrügerische Weise Leistungen erwirkt, hat sie ihre Leistungspflicht nicht während Jahre implizit anerkannt, sondern sie hat diese ausdrücklich verneint.

Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Kläger schliesslich auch aus den Versicherungsbedingungen für Produkte, welche die Beklagte aktuell anbietet (Urk. 2/27). Die Beklagte bezeichnet in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diese Versicherung zwar tatsächlich als Summenversicherung. Diese definiert sie aber lediglich so, dass die versicherte Leistung bei Eintritt des Versicherungsfalles unabhängig von Leistungen Dritter erbracht wird (Urk. 2/27 S. 2). Hingegen hält die Beklagte in Ziff. 3 Abs. 4 und 5 der Versicherungsbedingungen fest, dass der Grad der Erwerbsunfähigkeit – insbesondere auch bei Selbständig Erwerbenden – aufgrund des erlittenen Erwerbsausfalls ermittelt wird, womit sie die Höhe der Leistungen ebenfalls nicht ausschliesslich von der medizinisch festgestellten Arbeitsunfähigkeit abhängig macht.

5. 5.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und das Bundesgericht gelangten im Verfahren zwischen dem Kläger und der Axa Versicherungen AG betreffend Krankentaggeldleistungen zum Ergebnis, dass dem Kläger nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Täuschungsabsicht und somit eine betrügerische Erwirkung von Versicherungsleistungen nachgewiesen werden kann. Immerhin wurde aber festgestellt, dass der

Kläger teilweise wahrheitswidrige Angaben machte, um seine Aussichten auf weitere Taggeldleistungen zu erhöhen (Urk. 2/11 S. 13).

Die Beklagte hielt aufgrund der Verneinung einer Täuschungsabsicht nicht weiter daran fest, dass der Kläger ihr gegenüber auf betrügerische Weise Versicherungsleistungen erwirkt habe. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Beklagte nicht an die betreffenden Entscheide gebunden ist und sich die rechtliche Auseinandersetzung zwischen der Axa Versicherungen AG und dem Kläger nur auf Leistungsansprüche für die Zeit vom 2. Dezember 2009 bis zum 31. Mai 2011 bezog. Es wurde ausserdem im Verfahren zwischen der Axa Versicherungen AG und dem Kläger nicht geprüft, ob der Leistungsanspruch des Klägers ausgewiesen war, sondern es wurde lediglich verneint, dass der Kläger den Anspruch auf betrügerische Weise erwirkt hat. 5.2

Die Beklagte verlangte deshalb vom Kläger mit Schreiben vom 10. Juni 2016 zu Recht den Nachweis einer gesundheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere für den Zeitraum ab März 2012 (Urk. 11/25). Die Abklärungen bei den behandelnden

Ärzten haben in der Folge ergeben, dass der Kläger seinen Hausarzt Dr. Y. ____

in der Zeit zwischen Mai 2012 und Dezember 2015 lediglich zwei Mal konsultierte (Urk. 11/36). In psychiatrischer Behandlung befand er sich von Dezember 2012 bis März 2016 nicht (Urk. 11/37). Der Umstand, dass sich der Kläger während mehr als drei Jahren nicht mehr psychiatrisch behandeln liess, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass kein all zu grosser Leidensdruck bestand. Dass der behandelnde Psychiater angibt, es handle sich um eine rezidi vierende depressive Störung, genügt für den Nachweis einer Arbeitsun fähigkeit für einen derart langen Zeitraum, während dem sich der Kläger in keiner psychi atrischen Behandlung befunden hat, nicht.

5.3

Die im Jahr 2011 vorhandenen Arztberichte genügten zur Annahme einer dauer haften Arbeitsunfähigkeit nicht. Entgegen der Behauptung des Klägers trifft es g e rade nicht zu, dass die Beklagte ihm während mehreren Jahren unwider sprochen Leistungen ausgerichtet hat. Die Prämienbefreiung hat sie dem Kläger nur währen d gut zwei Jahre n gewährt. D ann ist sie rückwirkend vom Vertra g zurückgetreten, mithin hat sie die bereits gewährte Prämien befreiung widerrufen und durch Verrechnung vollständig rückgängig gemacht (Urk. 11/18, Urk. 11/21). Es war ohne Weiteres zu erwarten, dass die Beklagte die Arbeits unfähigkeit näher überprüfen würde, bevor sie dem Kläger die Rente für die Erwerbsunfähigkeit ausrichtete.

Aus dem Umstand, dass die Beklagte die Berichte der behandelnden Ärzte für die Gewährung der Prämienbefreiung einstweilen als genügend erachtete, konnte der Kläger nicht schliessen, dass sie dies für die Fest stellung einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit und damit für die Ausrichtung der Rente ebenfalls tun musste bzw. würde. Es bestand Anlass, zur Vornahme weiterer Abklärungen. Es entspricht einem üblichen Vorgehen, dass die Privatver siche rungen bei der Überprüfung einer allfälligen Erwerbsunfähigkeit von versicherten Personen auf die Abklärungen der Invalidenversicherung abstellen. Im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren s gelangte die IV-Stelle Zürich zum Ergebnis , dass die Berichte der behandelnden Ärzte für die Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit nicht genügten, weshalb sie eine rheumatologische und eine psychia trische Begutachtung des Klägers anordnete.

Hätte die Beklagte die IV-Akten des Klägers bei ziehen können , hätte sie sich nicht mit den Berichten der behandelnden Ärzte begnügt, sondern vom Kläger weitere medizinische Abklärungen verlangt. Der Kläger hat jedoch am 5. Oktober 2011 die von ihm gegenüber der Beklagten gewährte Vollmacht, Auskünfte bei an deren Versicherungen und bei den behandelnden Ärzten einholen zu können, wider rufen (Urk. 11/16). Der Kläger wirft der Beklagten vor, sie habe weitere Abklärungen unterlassen. Hätte die Beklagte eine psychiatrische Begutachtung verlangt, wäre ohne Weiteres davon auszugehen gewesen, dass der Kläger einer solchen – wie auch im IV-Verfahren – nur zugestimmt hätte, wenn sie unter für die Gutachterperson nicht annehmbaren Bedingungen (Videoaufzeichnung der gesamten Be gutachtung) durchgeführt worden wäre. Es ist ausserdem zu Ungun ten des Klägers zu würdigen, dass er an den notwendigen Beweiserhebungen im IV-Verfahren nicht mitgewirkt hat. 5.4

E s liegt damit kein genügender Beweis dafür vor, dass der Kläger im Zeitpunkt des von der Beklagten erklärten Vertragsrücktritts im November 2011 arbeits unfähig gewesen ist. Eine Anerkennung der Leistungspflicht durch die Beklagte über diesen Zeitpunkt hinaus liegt

nicht vor, die Beklagte hat keine Leistungen mehr ausgerichtet. Der Kläger hat seine Vollmacht gegenüber der Beklagten für Abklärungen zurückgezogen. Im IV-Verfahren hat er die psychiatrische Begutachtung verweigert. Der Kläger konnte damit den Nachweis einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit nicht erbringen.

Nach dem Vertragsrücktritt durch die Beklagte hätte der Kläger seine Ansprüche rechtlich durchsetzen oder zumindest den Nachweis für

eine weiterhin bestehende Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit erbringen müssen.

Er hat aber die psychiatrische Begutachtung durch die Invalidenversicherung verweigert und die Vollmacht gegenüber der Beklagten, entsprechende Abklärungen vorzunehmen, entzogen. Sowohl die Taggeldversicherung als auch die Invalidenversicherung zweifelten an ihrer jeweiligen Leistungspflicht und der Kläger wollte verhindern, dass die Beklagte weiterhin in deren Akten Einsicht nehmen konnte.

In psychiatrischer Behandlung war der Kläger in den Jahre 2013 bis 2015 nicht, es bestehen für einen Zeitraum von rund drei Jahren keinerlei echtzeitliche Einschätzungen seines Gesundheitszustandes und Bestätigungen für eine Arbeitsunfähigkeit. 5.5

Auch im Rahmen der ihm von der Beklagten gewährten Überprüfung seiner Leistungsansprüche im Jahr 2016 war der Kläger erneut nicht zu einer umfassenden Mitwirkung bei der Vornahme von Abklärungen bereit. Er teilte der Beklagten mit, dass sie lediglich bei den zwei behandelnden Ärzten Berichte einholen dürfe (Urk. 11/28) . Die Beklagte verlangte ausserdem zur Überprüfung einer allfälligen Erwerbsunfähigkeit mehrmals die Einreichung der Geschäftsbücher. Dieser Aufforderung kam der Kläger nicht nach. Es ist dem Kläger damit nicht gelungen, das Bestehen einer Erwerbsunfähigkeit zu belegen. Der Kläger verweigerte die Mitwirkung an den von der Beklagten verlangten Untersuchungen und Erhebungen, was gemäss Art. 7e AVB 84 das Erlöschen der Zusatzversicherung zur Folge hat. 6. 6.1

Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrage eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten (Art. 20 Abs. 1 VVG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) .

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens vom Ablaufe der Mahnfrist an (Art. 20 Abs. 3 VVG) .

Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der in Artikel 20 dieses Gesetzes festgesetzten Frist rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass das Versicherungsunternehmen, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrage zurücktritt (Art. 21 Abs. 1 VVG).

Wird die Prämie nicht innerhalb der festgelegten Frist bezahlt, so wird ein Verzugszins erhoben (Art. 17 Ziff. 1 AVB84). Ferner wird dem Versicherungsnehmer die gesetzlich vorgeschriebene, eingeschriebene Mahnung zugestellt. Diese enthält nebst den Säumnisfolgen die Aufforderung, die Prämie samt Mahnkosten und Verzugszinsen innert 14 Tagen zu entrichten (Art. 17 Ziff. 2 AVB84). Erfolgt vor Ablauf der Mahnfrist keine oder nicht vollständige Bezahlung, so treten folgende Wirkungen ein: Wenn die Prämien für 3 Jahre oder den 10. Teil der Versicherungsdauer bezahlt sind, so wird die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt (Art. 17 Ziff.

E. 9

ff.) .

Hinsichtlich des Mahnschreibens sei festzuhalten, dass dieses aufgrund der gravierenden wirtschaftlichen Folgen für die versicherte Person im Falle des Zahlungsverzugs strengen Anforderungen bezüglich Form und Inhalt zu genügen habe. Im Zeitpunkt der Mahnung vom 8. August 2019 seien die Prämienforderungen vor August 2017 bereits verjährt gewesen. Weiterführend würden die gemahnten Zeiträume nicht den ausgewiesenen Erwerbsunfähigkeitszeiten entsprechen, da die geforderten Prämien in einen Zeitraum fallen würden, in denen die Prämie zufolge offensichtlicher Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – insbesondere zu Beginn des Jahres 2013 – nicht geschuldet seien. Die gesetzliche Mahnung leide daher an einem Formmangel und sei nichtig. Auch die Umwandlung der Police sei damit ausgeschlossen. Die Beklagte habe den Kläger per 2. Januar 2010 von seiner Prämienzahlungspflicht befreit. Ab dann seien folglich keine Prämien mehr geschuldet gewesen und habe diesbezüglich auch kein Verzug mehr eintreten können. In den nachfolgenden Jahren sei das Wiederaufleben der Prämienzahlungspflicht zu keinem Zeitpunkt ein Thema gewesen. Die Prämienbefreiung sei während Jahren aufrechterhalten worden. Erst nachdem die Beklagte ihre Leistungspflicht im Jahr 2016 erneut geprüft und sich auf den Standpunkt gestellt habe, dass kein Erwerbsausfall nachgewiesen sei, habe sie im August 2019 die gesetzliche Mahnung versandt. Da infolge Prämienbefreiung gar kein Verzug habe eintreten können, sei die gesetzliche Mahnung unzulässig gewesen. Der Kläger habe Anspruch auf Leistungen aus der weiterhin bestehenden, nicht umgewandelten Police (Urk. 1 S. 16 ff.).

Der Kläger habe Anspruch auf die vollen versicherten Leistungen, da er bei Beginn des Rentenanspruchs sowohl in der Tätigkeit vor Krankheitseintritt als auch in jedweder anderen zumutbaren Tätigkeit vollständig arbeits- und erwerbsunfähig gewesen sei. Zum weiteren Verlauf lasse sich aus den vorhandenen Berichten ableiten, dass eine Chronifizierung eingetreten sei. Es liege lediglich eine Arbeitsfähigkeit für einfache Tätigkeiten mit einem deutlich reduzierten Pensum im Optikergeschäft des Klägers vor. Der Erwerbsunfähigkeitsgrad sei auf 100 % , mindestens aber auf 66,66 % zu beziffern, womit Anspruch auf die volle Rentenleistung bestehe. Die geschuldeten Leistungen seien ab Fälligkeit verzinslich, eine Mahnung sei für den Verzug nicht erforderlich gewesen (Urk. 1 S. 18 ff.) .

E. 10

S. 18 f.).

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