

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00101 vom 15. Dezember 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2022.00101

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00101 du 15 décembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2022.00101 del 15 dicembre 2023

Erwägungen

E. 1

. April 20 22 mit, sie kündige den Versicherungsvertrag Nr.

«1»

wegen Verletzung der Anzeigepflicht (Urk. 7/5) .

E. 2

Mit Eingabe vom 22 . Dezember 20 22 erhob die Versicherte Klage gegen die Allianz mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2): «1.

Die Beklagte sei zu verpflichten, die Klägerin rückwirkend wieder in die Einzellebensversicherungspolice «1» aufzunehmen und die vertraglichen Leistungen aus dem Vertrag auszurichten.

Insbesondere sei der Klägerin Prämienbefreiung ab 10. Januar 2021 zu gewähren. Im Weiteren sei ihr eine Rente zu 50 % (Basis CHF 12'000.00 bei 100

%) ab 2. Oktober 2022 zuzusprechen, zuzüglich von 5

% Verzugszins ab Klageerhebung.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen [...] .» Mit Klageantwort vom 2

E. 2.1

D ie Kläger in brachte vor, sie bestreite, dass sie ihre Anzeigepflicht beim Abschluss der Versicherung

im Juli 2014 verletzt habe (Urk. 1 S. 4).

D ie Beweislast für eine Anzeigepflichtverletzung liege beim Versicherer . D ie Beklagte habe mit Bezug auf die Anzeigepflichtverletzung auf den Bericht der Klinik Y.____ vom 11. März 2021 ab gestellt . Echtzeitliche Belege, wonach sie die Gesundheitsfragen im Antrag vom 17.

Juli 2014 unrichtig oder unvollständig beantwortet habe , lägen jedoch nicht vor. Sie habe keine Medikamente wie Trittico und Zolpidem vor ihrem Versicherungsantrag bezogen oder benützt. Bei den von der Hautärztin verschrieben Medikamente n handle es sich um Akne-Medikamente u nd auch bei den am 1. März 2013 verordneten Medikamenten des Gynäkologen Dr. Z.____

handle es sich nicht

um Psychopharmaka. Bei den bezogenen Medikamenten handle es sich auch nicht um regelmässig bzw. ununterbrochen benutzte Medikamente, was Voraussetzung wäre, damit diese bei der Gesundheitsfrage 5 hätten angegeben werden müssen. Aus dem von der Beklagten angeforderten Leistungsauszug der SWICA für das Jahr 2014 sei auch keine psychiatrische Behandlung ersichtlich (S. 5 f).

Die Verneinung einer vorbestehenden gesundheitlichen Störung könne nur dann die Anzeigepflicht verletzen, wenn dieser

Krankheitscharakter hätte bei gemessen werden müssen.

Dabei ergäben die Arztberichte der Klinik Y.____ vom März 2021 keine Auskunft zum Gesundheitszustand vor Juli 2014 und bezögen sich auf den Aufenthalt im Februar 2022 (richtig: 2021) in der Klinik, während einer akuten persönlichen Krise. In einer solchen Situation von persönlicher Überforderung sei es üblich, auch die Vergangenheit schwärzer zu interpretieren und rückblickend frühere gesundheitliche Probleme in diesem Zusammenhang zu interpretieren. Im Zeitpunkt, in dem sie das Aufnahmeformular

mit den Gesundheitsfragen ausgefüllt habe, habe ihr aber noch nicht bewusst sein können, dass diese vorübergehenden körperlichen, eventuell stressbedingten

und reaktiven Probleme, wie zum Beispiel gelegentliche Schlafstörungen, bereits

Hinweise auf eine allfällige psychische Störung hätten sein können. Sie habe diese als Bagatelstörungen interpretiert, die nicht angegeben werden müssten

(S. 7). Zudem sei sie im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages und in den Jahren davor voll leistungs- und arbeitsfähig gewesen (S. 9).

E. 2.2

Die Beklagte stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 6 S. 3 f.), die Klägerin habe gegenüber den behandelnden Ärzten der Klinik Y.____ erklärt, dass sie seit 1993 unter massiven Schlafstörungen gelitten habe und dass sie mindestens

seit 2006 immer wieder zwischen Januar und März unter einer depressiven Phase leide. Auch im Bericht von Dr. A.____

vom 24.

Februar 2021 werde ausgeführt, dass die Klägerin in den letzten Jahren unter starken psychosozialen Belastungen gelitten habe. Bereits 2007 habe sie unter starker Nervosität und chronischen Schlafstörungen gelitten. Seither benötige sie schlafanstossende Medikamente wie Trittico und zum Teil auch Zolpidem. Zwar habe Dr. A.____ ihre Aussage am 24. Mai 2022 dahingehend relativiert, dass die Klägerin erst im Jahr 2017 aufgrund von Schlafstörungen Trittico rezeptiert bekommen habe. Dass die Klägerin aber seit 2007 Zolpidem eingenommen habe, sei von der behandelnden Ärztin nicht erwidert worden. Es sei deshalb daran festzuhalten, dass die Klägerin seit 1993 an massiven Schlafstörungen und mindestens

seit 2006 immer wieder zwischen Januar und März unter einer depressiven Phase leide. Zudem sei unbestritten, dass sie in den letzten fünf Jahren vor Vertragsabschluss und seit dem Jahr 2007, wie im Arztbericht vom 24. Februar 2021 festgehalten, zumindest das

schlafanstossende Medikament Zolpidem eingenommen habe. Damit habe die Klägerin die Gesundheitsfrage Nr. 5 im Versicherungsantrag falsch beantwortet. Im selben Arztbericht werde auch von starker Nervosität und von chronischen Schlafstörungen seit dem Jahr 2007 berichtet. Bei einer sich über mehrere Jahre erstreckenden, chronifizierten Schlafstörung sei es notorisch, dass Medikamente einerseits länger als vier Wochen und andererseits auch regelmässig eingenommen werden, weswegen die in der Gesundheitsfrage Nr. 5 genannten Kriterien erfüllt seien und die Klägerin die Frage auch diesbezüglich falsch beantwortet habe (S. 4). In Bezug auf die Gesundheitsfrage Nr. 9 halte der ärztliche Bericht der Klinik Y. ____

vom 11. März 2021 fest, dass die Klägerin seit ihrer Scheidung im Jahre 2006 immer wieder zwischen Januar und März unter depressiven Phasen leide, was die Klägerin selbst erklärt habe. Am 24.

Februar 2021 habe sich Dr. A. ____ dahingehend geäussert, dass die Klägerin bereits seit 2007 unter starker Nervosität und chronischen Schlafstörungen leide. In ihrem Schreiben an die Beklagte vom 24. Mai 2022 habe Dr.

A. ____ diese Äusserungen nicht revidiert. Mit Blick auf die Gesundheitsfrage Nr. 9, welche explizit nach Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Nervensystem oder der Psyche frage und exemplarisch nervöse Störungen und Depressionen aufführe, ergebe sich, dass die Klägerin auch diese Frage falsch beantwortet habe (S. 4 f). Die genannten Arztberichte würden sehr wohl ein Bild des Gesundheitszustandes der Klägerin vor Juli 2014 zeichnen, wobei es sich zweifelsohne um Beschwerden mit Krankheitswert handle, die im Rahmen der Gesundheitsfragen zu deklarieren gewesen wären (S. 6). Da die Wartefrist für die Prämienbefreiung 90 Tage betrage, könnte diese nach der Meldung vom 7.

März 2022 auch erst ab dem 7. Juni 2022 berücksichtigt werden. Im Zeitpunkt der Kündigung vom 22. April 2022 (Zugang an Klägerin) sei damit die Wartezeit noch nicht abgelaufen gewesen und das versicherte Ereignis «Erwerbsunfähigkeit» habe während der Geltung des Vertrags gar nicht eintreten können. Es bestehe damit weder Raum für eine Prämienbefreiung noch für einen Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente (S. 8).

E. 2.3

In ihrer Replik hielt die Klägerin fest (Urk. 15), die Aussagen im Bericht der Klinik Y. ____ vom 11. März 2023

(richtig: 2021) bezögen sich auf ein Gespräch anfangs

2021 und seien in einer akuten psychischen Belastungssituation und im Rückblick gemacht worden (S. 2 f.).

Die Beklagte könne die von ihr postulierte Anzeigepflichtverletzung nicht mittels echtzeitlicher Arztberichte beweisen. Auch in den IV-Akten und den diversen vertrauensärztlichen Beurteilungen der Allianz Taggeldversicherung sei nie eine vorbestehende psychische Erkrankung oder Beeinträchtigung der Klägerin erwähnt worden (S. 4).

E. 2.4

Die Beklagte führte duplicando

insbesondere aus (Urk. 22) , es sei hervorzuheben, dass Dr. A.____ ihre Aussage, die Klägerin nehme

seit 2007 Zolpidem ein , nach wie vor nicht revidiert habe . Es sei daher daran

fest zuhalten , dass die Klägerin seit 1993 an massiven Schlafstörungen und - mindestens seit 2006 -

immer wieder zwischen Januar und März unter einer depressiven Phase leide. Darüber hinaus sei unbestritten, dass sie in den letzten fünf Jahren vor Vertragsabschluss und seit dem Jahr 2007 , wie im Arztbericht von Dr. A.____

vom 24. Februar 2021 festgehalten , zumindest das schlafanstossende Medikament Zolpidem eingenommen habe, das als benzodiazepinähnliche

Substanz rezeptpflichtig sei (S. 2) . 3 .

3.1

Säule 3a-Versicherer dürfen - gleich wie Vorsorgeeinrichtungen im weiter gehenden Vorsorgebereich innerhalb der Grenzen von Art. 49 BVG - in den Zulassungsbedingungen Erfordernisse in Bezug auf den Gesundheitszustand des Versicherten aufstellen und gegebenenfalls Vorbehalte festlegen. Zu diesem Zweck und um das Risiko angemessen einzuschätzen, sind die befugten Anstalten grundsätzlich berechtigt, detaillierte Fragen über den Gesundheitszustand des Antragsstellers zu stellen, welche dieser wahrheitsgetreu zu beantworten hat. Geschieht

dies nicht, hat sich der Versicherte eine falsche Erklärung zuzuschreiben und muss gegebenenfalls die Konsequenzen der Anzeigepflichtverletzung auf sich nehmen. Beim Fehlen von spezifischen statutarischen oder reglementarischen Bestimmungen bestimmen sich die Anzeigepflichtverletzung und ihre Folgen analog zu den Vorschriften von Art. 4 ff. des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG; BGE 138 III 416 E. 4 mit weiteren Hinweisen = Pra 2013 Nr. 7 S. 48 E. 4). 3.2

3.2.1

Im Dokument « Antrags- und Gesundheitsfragen » zur von der Klägerin bei der Beklagten abgeschlossenen Police wird einleitend auf die Pflicht zur vollständigen und wahrheitsgetreuen Beantwortung aller Fragen hingewiesen und festgehalten, dass die Beklagte berechtigt ist, den Vertrag zu kündigen ,

wenn eine versicherte Person beim Abschluss dieses Versicherungsvertrages eine Gefahrsache , die sie kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat (Urk.

E. 6

. Januar 2023 beantragte die Beklagte, die Klage sei vollumfänglich abzuweisen unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (Urk. 6) . Mit Verfügung vom 1. Februar 2023 wurden die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung beigezogen (Urk. 8 und Urk. 11 /1-85) . Die Klägerin hielt mit Replik vom 23. Mai 2023 (Urk. 15) ebenso an ihren Anträgen fest wie

die Beklagte mit Duplik vom 1. September 2023 (Urk. 22).

Letztere wurde der Klägerin am 5.

September 2023

zur Kenntnis gebracht (Urk. 2 3). Am 6. September 2023 reichte die Klägerin die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , vom 4. September 2023 über die Zusprache einer Rente von 50 % einer ganzen Invalidenrente mit Wirkung ab 1.

November 2022 ein (Urk. 2 4 und Urk.

2 5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Bei der vo n

der Kläger in bei der Beklagten abgeschlossenen Police Nr.

«1»

handelt es sich um eine Säule 3a-Police im Sinne von Art. 82 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen - und Invalidenvorsorge (BVG) in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 lit . a der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3). Gemäss Art. 73 Abs. 1 lit . b BVG fallen Streitigkeiten mit Einrichtungen gemäss Art. 82 Abs. 2 BVG in die sachliche Zuständigkeit des Berufsvorsorgegerichts (BGE 141 V 439 E. 1.1). Örtlich zuständig ist das Gericht am schweizerischen Sitz oder Wohnsitz des Beklagten oder am Ort des Betriebes, bei dem die v ersicherte Person angestellt wurde (Art. 73 Abs. 3 BVG).

Die Beklagte hat ihren Sitz im Kanton Zürich. Im Kanton Zürich fällt die Beurteilung derartiger Streitigkeiten (gebundene Vorsorge) gemäss § 2 Abs. 2 lit . a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Sozialversicherungsgerichts. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts ist damit gegeben. 2.

E. 7

/2 S. 1).

In den Zusatzbedingungen zur Zusatzversicherung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall (ZB) wird festgehalten (Urk. 2/3 /6

Ziff. 7.1) , dass alle im Antrag enthaltenen Fragen richtig, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten sind. Auch Fragen, die von Dritten zu beantworten sind, müssen von diesen richtig, vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden. Davon hängen Bestand und Deckungsumfang der Versicherung ab (Abs. 1) . Hat der Versicherungsnehmer oder haben Dritte Fragen nicht richtig, unvollständig oder nicht wahrheitsgemäss beantwortet, so ist die Allianz Suisse berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen (Abs. 3). Die Ziff. 7.1 i n den Zusatzbedingungen Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krank heit oder Unfall (ZB Prämienbefreiung) sowie Ziff. 9.1 in den Allgemeinen Bedingungen (AB) Gemischte Lebensversicherung sind gleichlautend (Urk. 2/3 /9 Ziff. 7.1 und Urk. 2/3/13 Ziff. 9.1). 3.2.2

Gemäss Art. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer anhand eines Frage bogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen , die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen

abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen , auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3). 3.3 3.3.1

Hat der Anzeigepflichtige bei der Beantwortung der Fragen gemäss Art. 4 Abs. 1 VVG 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. 6 Abs. 1 VVG). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Abs. 2). Wird der Vertrag durch Kündigung nach Absatz 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung (Abs. 3). 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.

E. 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 auch , 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). 4. 4.1

Dr. med. A.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 24. Februar 2021 (Urk. 7/4), die Klägerin sei seit November 2019 bei ihr in hausärztlicher Betreuung mit letzter Konsultation am 3. Dezember 2020. Die Klägerin habe in den letzten Jahren unter starken psychosozialen Belastungen gelitten. Sie habe vor 24 Jahren selbstständig eine Kinderkrippe aufgebaut und habe in der Zwischenzeit 23 Angestellte. Die übermässige Arbeitsbelastung mit einem Arbeitspensum von bis 150 % habe sie völlig ausgelaugt. Nebenbei sei sie in der Gemeinde B.____

und im Konsulat C.____

als Übersetzerin und Sozialberaterin tätig. Bereits 2007 habe die Klägerin unter starker Nervosität und chronischen Schlafstörungen gelitten. Seither benötige sie schlafanstossende Medikamente wie Trittico und zum Teil auch Zolpidem . Nach der Scheidung im Jahr 2006 (richtig : 2008; vgl. Urk. 11/2/2) sei sie alleinerziehende Mutter zweier Töchter gewesen . Neben der depressiven Symptomatik

mit Burn out würden

sie diverse myofasziale Beschwerden

plagen (S. 1) .

Dr. A.____

diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ein Burnout und chronische Schlafstörungen. Aufgrund der ausgeprägten Erschöpfungsproblematik sei von einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit auszugehen und der weitere Verlauf nach der Entlassung aus der Klinik Y.____ sei abzuwarten (S. 2) . 4.2

Im Bericht der Klinik Y.____ vom 16. März 2021 (Urk. 11/31 /1-8) über den stationären Aufenthalt vom 6. Januar bis 3. März 2021 wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) , gestellt (S. 1) und auf verschiedene teilweise chronische Belastungen und wiederholte depressive Episoden vor allem in den letzten 15 Jahren mit leichteren Beschwerden dazwischen hingewiesen (S. 2) . Zur psychiatrischen Anamnese wurde festgehalten (S. 5) , die Klägerin habe bis heute Angst vor dem herrischen Vater und traumatische Erfahrungen. Im Februar 1993 sei sie mit ihrem späteren Ehemann ausgezogen und habe geheiratet. Die Beziehung sei vom Vater nicht gebilligt worden. Seither habe sie auch hauptberuflich und ehrenamtlich viel gearbeitet, und die massiven Schlafstörungen hätten gemäss ihrer Erinnerung auch damals bestanden. Als Kind bzw. Jugendliche sei der Schlaf noch normal gewesen. 2006 (richtig : 2008) sei es zur Scheidung gekommen, was ihre Schuldgefühle verstärkt habe . Seither leide sie immer wieder zwischen Januar und März , zirka in der Zeit des Auszugs 1993 , unter depressiven Phasen. Zwischen 2006 und 2019 habe sie zudem täglich erbrochen. Seit sie 2019 auf eine

Ernährung umgestellt habe, bestehe kein Erbrechen mehr.

2018 habe sie rund neun Termine bei lic. phil. D.____

in B.____ wahrgenommen . Damals habe sie nur eine Stunde schlafen können , habe acht Kilogramm zugenommen und unter starken Schweissausbrüchen und Ängsten und tagsüber unter

Stimmungsschwankungen gelitten. Der Blutdruck sei konstant stark angestiegen. Es sei ihr nicht in den

Kopf gegangen , als Psychologin zu einem Psychologen gehen zu müssen. Sie habe zudem ein schlechtes Gewissen

gehabt, sich krank zu zeigen. Entsprechend habe sie die Behandlung nach wenigen Sitzungen abgebrochen.

4.3 4. 3 .1

Med. pract . E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und die Fachpsychologin F.____

fürten im Bericht vom 17. Dezember 2021 (Urk. 11/44) aus, die Klägerin befinde sich seit dem 8. März 2021 in ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Im vergangenen Jahr habe sie eine schwer gradige depressive Episode mit Burnout-Syndrom nach einem Erschöpfungszustand erlitten. Dies infolge teilweise chronischer Belastungen (chronische Arbeitsüberlastung in der Position als Besitzerin und Leiterin von vier Kindertagesstätten , pandemiebedingter Mehraufwand bei der Arbeit, gestörte r Schlaf,

mangelnde Ressourcen, zusätzliche Belastung durch ehrenamtliche Tätigkeiten, Sorgen um Angestellte und Familie, Verlust eines nahen Verwandten , familiäre Probleme

vor dem Hintergrund einer stark belasteten Kindheit mit traumatischen Erfahrungen und der Entwicklung einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur) und wiederkehrenden depressiven Episoden in den letzten 15 Jahren. Zusammen habe dies Ende 2020 / Anfang 2021 zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit und einem stationären Aufenthalt in der Klinik Y.____ geführt (S. 1) . 4. 3 .2

In m undatierten Verlaufsbericht zu Händen der Invalidenversicherung (Eingangs datum: 12. Dezember 2022) nannten die Behandler

folgende Diagnosen (Urk.

11/76/2): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Persönlichkeitszügen aus Cluster C (zwanghaft, ängstlich-vermeiden d und dependent), seit Adoleszenz - von uns diagnostiziert 2022 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode ohne psychotische Symptome, erstmals junges Erwachsenenalter, diagnos tiziert Klinik Y.____ 2020/2021 - Dysthymia , seit jungem Erwachsenenalter, diagnostiziert Klinik Y.____ 2020/2021 - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: Burnout-Syndrom, diagnostiziert Klinik Y.____ 2020/2021 - Bulimia

n ervosa von geringer Häufigkeit, seit 2007, Ausmass variierend 4.4

Am 24. Mai 2022 führte Dr. A.____

unter Bezugnahme auf ihren Bericht vom 24. Februar 2021 aus (Urk. 2/5), sie habe irrtümlich an gegeben , dass die Klägerin bereits seit 2007

schlafanstossende Medikamente wie Trittico und Zolpidem ein nehme . Die Klägerin sei bis November

2019 bei Dr.

G.____

in hausärztlicher Betreuung gewesen und n ach Durchsicht der Unterlagen habe sie nun fest ge stell t ,

dass die Klägerin erst 2017 aufgrund von Schlafstörungen Trittico rezeptiert bekommen ha be . Es sei ein Fehler von ihr, dass davon au s gegang en worden sei, dass die Klägerin bereits seit 2007 schlafanstossende

Medikamente ein genommen habe. 4. 5

Im Bericht der Klinik H.____

vom 10. Juni 2022 (Urk. 11/82/19-20) führte der zuständige Arzt aus, die Klägerin schildere , seit vielen Jahren, mindestens seit der Ehescheidung im Jahr 2008 , nie mehr als zwei bis drei Stunden pro Nacht zu schlafen. Es bes tünden keine Tagesmüdigkeit und keine gesteigerte Einschlaf neigung während des Tages. Die Klägerin leide darunter , in der Nacht wach zu liegen, wobei sie aber meist im Bett bl eibe und nicht aufstehe. Sie beschreibe ein wiederholtes Spannungsgefühl in den Unterschenkeln ,

das sich durch Bewegung

linde rn lasse. Trittico habe zum besseren Schlafen nicht ausreichend geholfen, auch

Quetiapin helfe nicht. Während des Aufenthalts in der Klinik Y.____ im Februar 2021 hätten unter einer dopaminergen Therapie mit Pramipexol die Beschwerden deutlich gelindert werden können und die

insomnischen Beschwerden seien darunter deutlich rückläufig gewesen (S. 1) . 5. 5.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Klägerin eine Anzeigepflichtverletzung begangen hat, welche die Kündigung des Vertrages durch die Beklagte recht fertigt.

Im Antrag zum Abschluss der Lebensversicherung vom 17. Juli 2014 wurde die Klägerin in darauf hingewiesen, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten sind (Urk. 7/2 S. 1) . Zur Diskussion stehen in diesem Zusammenhang die Gesundheitsfragen 5 und 9, die wie folgt lauten:

Frage 5 :

«Haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig oder länger als 4 Wochen ununterbrochen rezeptpflichtige Medikamente (ausgenommen Verhütungsmittel), leistungsfördernde Substanzen (z.B. Dopingmittel), Alkohol oder Drogen (z.B. Cannabis, andere Betäubungsmittel oder abhängigkeiterzeugende Stoffe) konsumiert?»

Frage 9:

«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?» 5.2

Laut

dem Bericht der Hausärztin vom 24. Februar 2021 litt die Klägerin bereits seit 2007 unter starker Nervosität und chronischen Schlafstörungen

und benötigte schlafanstossende Medikamente wie Zolpidem und Trittico

(E. 4.1) . Die Hausärztin relativierte diese

Angaben im Mai 2022

einzig dahingehend, dass

die Klägerin aufgrund der Schlafstörungen Trittico

erst seit 2017 rezeptiert bekommen hat (E. 4.4). Aus dem Bericht der Klinik Y.____ vom 16.

März 2021 ergibt sich, dass die Klägerin seit der

Scheidung vom Ehegatten im Jahr 2008 immer wieder zwischen Januar und März unter depressiven Phasen leidet .

Im Weiteren ist eine seit 2007 bestehende Bulimia

nervosa von variierendem Ausmass bekannt (E. 4.3.2), wobei sich diese Essstörung bis 2019 in täglichem

Erbrechen äusserte (E. 4.2).

Auf wiederkehrende depressive Episoden in den letzten 15 Jahren wies sodann auch der behandelnde Psychiater med. pract. E.____

im Bericht vom 17. Dezember 2021 hin (E. 4.3.1) und im Bericht der Klinik H.____ vom 10.

Juni 2022 werden Schlafstörungen bei der Klägerin seit der Ehescheidung im Jahr 2008 festgehalten (E. 4.5). 5.3

Der Klägerin kann darin gefolgt werden, dass keine e chtzeitliche n medizinischen Berichte aktenkundig sind , die eine psychiatrische Behandlung vor dem am 17.

Juli 2014

unterzeichneten Antrag zum Abschluss der Vorsorgeversicherung belegen . D ie Akten ergeben auch keine genügenden Anhaltspunkte, dass in den fünf Jahren vor dem Vertragsabschluss regelmässig oder länger als vier Wochen ununterbrochen rezeptpflichtige Medikamente eingenommen wurden. Mit Blick auf die Frage 5 ist damit nicht zu beanstanden, dass die Klägerin diese Frage verneint hat. 5.4

Die Gesundheitsfrage 9 mit Nachfragen nach jemals bestehende n

gesundheit liche n Beeinträchtigungen der Psyche , namentlich Depression, Angst- bzw. Erschöpfungszustände , ist für den Versicherer

insofern von Bedeutung , als solchen Erkrankungen respektive Vorbelastungen ein hohes Risiko inhärent ist ,

treten doch solche Störungen regelmässig wiederholt auf , sind langwierig und zeitigen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit

erhebliche Konsequenzen . So auch bei der Klägerin , welcher rückwirkend seit 1.

November 2022 eine halbe Rente der Invalidenversicherung ausgerichtet w ird (Verfügung vom 4 . September 2023 , Urk. 25) .

Die Frage richtet sich auch in unzw eideutiger Fassung an die Versicherten, sodass davon auszugehen ist, dass

die entsprechenden

Gefahrstatsachen

für die Beklagte für den Entschluss ,

einen Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedin gungen abzu schliessen , erheblich ist.

Die Klägerin verneinte auch diese Frage und führte dazu aus, dass sie die vorbestehenden körperliche n, stressbedingte n und reaktive n Probleme als Baga tell störungen interpretiert habe , die nicht hätten angegeben werden müssen .

D er Klägerin kann zwar darin gefolgt werden, dass die Frage

E. 9

nicht darauf abzielen kann, sämtliche psychischen Verstimmungszust ände

angeben zu müssen . Zutref fend ist auch, dass

die Deklarationspflicht einer

psychischen Symptomatik

sich nur auf Störungen beziehen kann, deren Intensität ein gewisser Krankheitswert zu gemessen werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_203/2020 vom 22. März 2021 E. 2.2). Dies erfordert jedoch nicht, dass die Störung bereits ärztlich behandelt wurde oder zu Arbeitsunfähigkeiten geführt hat. Denn die

Konsequenzen solcher Störungen (Depression/Burnout) gründen

regelmässig darin, dass diese eben nicht oder zu spät behandelt wurden.

Dass vorliegend im Zeitraum vor der Antragsstellung keine psychische Symptomatik mit Krankheitswert vorgelegen hat und lediglich sporadische Verstimmungszustände

bestanden haben sollen, die dann im Rahmen späterer Anamneseerhebung als Depression interpretiert wurden, ist nicht plausibel. Denn die diesbezüglichen

übereinstimmenden medizinischen Verlautbarungen

basieren auf den Angaben der Klägerin,

die sie gegenüber den verschiedenen Behandlern

zu unterschiedlichen Zeitpunkten

gemacht hat. Vor diesem Hintergrund

vermag auch nicht zu überzeugen, dass der Klägerin psychische Beeinträchtigungen im Zeitpunkt ihrer Antragsstellung zwar nicht gegenüber der Versicherung,

aber später dann gegenüber den Ärzten erkennbar waren.

Auch ist nicht der depressiven Symptomatik im massgebenden Zeitraum eine

langjährige Essstörung

(Bulimia

nervosa) bekannt, welche sich

noch im Zeitpunkt der Antragsstellung

mit täglichem Erbrechen äusserte. Der Klägerin konnte damit auch in dieser Hinsicht nicht verborgen bleiben, dass sie unter erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Psyche leidet respektive gelitten hat, welche sie im Zeitpunkt ihrer Antragsstellung hätte deklarieren müssen. Damit liegt eine Anzeigepflichtverletzung vor.

Aufgrund der vorliegenden Anzeigepflichtverletzung kündigte die Beklagte die Einzel-Lebensversicherung Police Nr. «1»

damit zu Recht (vgl. E. 3.2). 5. 5

Der Antrag der Versicherten auf Leistungen ging bei der Beklagten am 7. März 2022 ein (vgl. Scan-Info auf Urk. 7/1 oben). Im Abklärungsverfahren ersuchte die Beklagte bereits am 8.

März 2022 bei der Invalidenversicherung um Akten einsicht, worauf ihr die Akten am 4.

April 2022 elektronisch zur Verfügung gestellt wurden (Urk. 11/47 und Urk. 11/53) und sie

– selbst bei fehlenden echtzeitlichen ärztlichen Angaben aus der Zeit vor

Versicherungsabschluss (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 9C_461/2020 vom 8. Februar 2021 E. 5.1) –

zuverlässige Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung erlangte. Die Kündigung des Versicherungsvertrags erfolgte hierauf am 21. April 2022 (Urk. 2/4), mithin innerhalb der vierwöchigen Frist gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG (E. 3.3.1). Die Rechtzeitigkeit der Kündigung wurde von der Klägerin denn auch nicht in Frage gestellt.

Zusammenfassend steht somit fest, dass die Beklagte berechtigt war, aufgrund der verschwiegenen psychischen Beschwerden vom Vertrag zurückzutreten. Nachdem dieser Rücktritt rechtzeitig und formgültig erfolgte, ist die Beklagte nicht verpflichtet, die Versicherungsleistungen zu erbringen. Die Klägerin hat lediglich Anspruch auf den Rückkaufswert (Art. 6 Abs. 4 VVG), welcher von ihr jedoch nicht eingeklagt wurde. Die Klage erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen. 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).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 24 und Urk. 25 - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
GräubNef

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