

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00019

vom 17. Mai 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2023.00019

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00019 du 17 mai 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00019 del 17 maggio 2024

Erwägungen

E. 1

Ziff.

E. 1.1

Streitig ist die Leistungspflicht der Beklagten aus einer gebundenen Vorsorgeversicherung der Säule 3a nach Art. 82 Abs.

E. 2

BVG ein alternativer Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder am Sitz der Einrichtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_1016/2010 vom

E. 2.3

mit Hinweis auf sein Urteil 9C_944/2009 vom 22. März 2010).

Die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich als Berufsvorsorgegericht (vgl. § 2 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 1) die vorliegende Streitigkeit zu beurteilen, ist bei Wohnsitz des Klägers

und Sitz der

Beklagten im Kanton Zürich zu Recht unstrittig. 1. 2

Das berufsvorsorgerechtliche Verfahren ist einfach, rasch und in der Regel kostenlos; das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 73 Abs.

2 BVG). Der Untersuchungsgrundsatz betrifft den rechtserheblichen Sachverhalt und verpflichtet das Gericht gegebenenfalls zur Erhebung der notwendigen Beweise. Indessen ist hervorzuheben, dass das Klageverfahren nach Art. 73 BVG nicht auf ein Verfahren der ursprünglichen Verwaltungsrechtspflege folgt und stark durch die Mitwirkungspflichten der Parteien geprägt ist. Der Untersuchungsgrundsatz wird dementsprechend zurückgedrängt durch die Mitwirkungspflicht der Parteien, namentlich wenn diese anwaltlich vertreten sind. Dazu gehört insbesondere die Substanziierungspflicht, die beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein sowie die entsprechenden Beweismittel dargelegt werden müssen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_41/2019 vom 26. März 2019 E. 4.2.2 und 9C_711/2017 vom 4. Juli 2018 E. 3.1.1, BGE 138 V 86 E. 5.2.3). 2.

Es blieb seitens der Beklagten unbestritten, dass der Kläger (entsprechend seinen Behauptungen, Urk. 1 Ziff. 18 f.) seit Mitte Februar 2015 krankheitsbedingt erwerbsunfähig ist, womit die vertraglichen Voraussetzungen für ihre Leistungspflicht an sich erfüllt sind (vgl. Urk. 9 Ziff. 2.3). Zwischen den Parteien ist indessen strittig, ob die Kündigung des Versicherungsvertrages durch die Beklagte mit Schreiben vom 1. Dezember 2022 wegen Anzeigepflichtverletzung materiell begründet war (im Detail E. 4).

E. 2.3.2

und 2.4.8 f.; Urk. 22 Ziff. 2.4.10.4) und dabei unmittelbar im Anschluss an die vom Kläger angegebenen ersten depressiven Beschwerden im Jahr 2001 immer wieder depressive Einbrüche erwähnt (vgl. Urk. 22 Ziff. 2.4.8).

Dem hielt der Kläger entgegen, im Jahr 2005 habe er eine normale, vorübergehende Reaktion auf eine Partnerschaftsproblematik vorgelegen. In solchen Situationen würden Hausärzte häufig Antidepressiva oder auch Schlafmittel verschreiben. Suizidgedanken seien in einer Trennungssituation, wie sie vorgelegen habe, nicht ungewöhnlich. Er sei nur kurz arbeitsunfähig gewesen, weil die Arbeitgeberin aufgrund seiner gefährlichen Tätigkeit als Starkstrommonteur verlangt habe, dass er zweifelsfrei einsatzfähig sei.

In den folgenden acht Jahren sei er nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen und er habe auch keine ärztliche Hilfe benötigt. Den Hausarzt habe er erst wieder am 16. Februar 2015 wegen psychischer Beschwerden aufgesucht; damals sei keine Überweisung an einen Facharzt vorgesehen gewesen. Dr. B. ___ bezeichne denn auch nicht den konkreten Zeitraum, in dem immer wieder Beschwerden aufgetreten seien. Seine Angaben (erste Depression mit Suizidgedanken im Jahr 2005, Symptombeginn ab dem Jahr 2001) habe er rückblickend unter dem Eindruck der inzwischen diagnostizierten psychischen Erkrankung getätigt. Vor der Antragsstellung habe kein ernsthaftes Leiden bestanden und falls doch ein Zusammenhang zwischen jener Krise und der Invalidität bestünde, sei der Krankheitswert für ihn damals nicht erkennbar gewesen.

Wäre der Hausarzt damals von einer Depression ausgegangen, hätte er ihn an einen Psychiater überwiesen

(vgl. Urk. 1 Ziff. 12-14 und 17; Urk.

E. 2.3.2.1

und zu Ziff.

E. 2.3.2.3

und 2.4.7 f. und Urk. 22 Ziff.

E. 2.3.2.4

, 2.4.2-3, 2.4.7 und 2.4.9; Urk. 27 Ziff. 3).

5. 5.1

Es ist vorweg festzuhalten, dass in der Kündigung vom 1. Dezember 2022 (wie auch mit Schreiben vom 8. Februar 2023, Urk. 2/8) eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Bezug auf Frage 7.8 geltend gemacht wurde mit der Begründung, erste depressive Symptome seien bereits im Jahr 2000 aufgetreten und selbsttherapiert, später eine starke depressive Episode im Jahr 2005 mit Antidepressiva behandelt worden (vgl. Urk. 2/6).

Nicht erwähnt wurden darin hingegen Frage 7.12 respektive die Tatsache, dass der Kläger dannzumal einige Male eine Psychologin aufsuchte. Die Beklagte selbst legte dar, erstmals mit Eingang der Akten der Invalidenversicherung am 21. November 2022 Kenntnis « von diesen falschen Angaben » erhalten zu haben (vgl. Urk. 9 Ziff. 2.3.2.5), was seitens des Klägers nicht in Abrede gestellt wurde. Das Kündigungsrecht mit Bezug auf eine allfällige Anzeigepflichtverletzung im Zusammenhang mit Frage 7.12 ist demnach erloschen. Tatsachen, die der Beklagten im Kündigungs - zeitpunkt bereits bekannt waren oder hätten sein müssen, können im erst mehrere Monate später vom Kläger angehobenen Prozess nicht mehr als Kündigungsgrund nachgeschoben werden (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 5C.284/2002 vom 3. April 2003 E. 2.1, B 89/06 vom 24. August 2007 E. 4.4 , 4A_19/2013 vom 30. April 2013 E. 3.2 und 4A_288/2022 1. Juni 2023 E.

3). 5.2

Soweit die Beklagte mit Bezug auf die Auslegung von Frage 7.8 argumentierte, in der Lebensversicherung stellten bereits Kopfschmerzen, Nervosität oder Schlaflosigkeit, die aufgrund der allgemeinen Umstände auf mehr als eine bloss

vorübergehende Gesundheitsstörung hinweisen oder als Symptom eines eigentlichen Leidens erscheinen würden, eine Gefahrstatsache dar (vgl. Urk. 9 Ziff. 2.3.2.4), so ist ihr entgegenzuhalten, dass sie nicht nach Beschwerden oder Symptomen, sondern konkret vorgekommenen bzw. diagnostizierten Leiden gefragt hat. Aufgezählt hat sie dabei Krankheitsgruppen (Herz- und Kreislaufkrankheiten, Nierenerkrankungen und bösartige Leiden) aber auch konkrete Leiden (Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose und Hirnblutung), die grundsätzlich behandlungsbedürftig sind und denen klar ein Krankheitswert beizumessen ist. Darüber hinaus bergen die aufgelisteten Leiden bekanntermassen ein hohes Risiko, den Gesundheitszustand bereits aktuell oder aber zumindest künftig im Rahmen einer Verschlechterung, von Folgeschäden oder eines Rezidivs erheblich zu beeinträchtigen. Aus diesem Kontext heraus ist nach dem Vertrauensprinzip auch der weit gefasste Begriff der «psychischen Störung» auszulegen. Es werden also nicht einfach alle stattgehabten psychischen Krisen, sondern nur solche von einer gewissen Tragweite erfasst – nämlich solche, die auf ein gewisses Risiko für eine aktuelle oder künftig relevante Beeinträchtigung schliessen lassen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_66/2008 vom 24. Juni 2008 E. 4.1 und 4.4). 5.3

Im Rahmen der so umschriebenen Deklarationspflicht bleibt zur viel diskutierten Bedeutung der Formulierung «vorgekommen bzw. diagnostiziert» in Frage 7.8 (vgl. Urk. 1 Ziff. 15, Urk.

E. 3

0. Mai 2011 E.

E. 3.1

Verträge der gebundenen Vorsorge unterstehen dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Verletzung der Anzeigepflicht und deren Folgen im Bereich der

weitergehenden beruflichen Vorsorge beurteilen sich nach den statutarischen und reglementarischen

Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung. Fehlen solche, gelangen analogieweise

die entsprechenden VVG-Normen zur Anwendung (Art. 4 VVG zur Anzeigepflicht und Art.

E. 3.2.1

Art. 4 Abs. 1 VVG regelt, dass der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen hat. Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen , die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 4 Abs. 2). Gemäss Art. 4 Abs. 3 VVG gilt eine Vermutung dafür, dass die Gefahrstatsachen , auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers

« in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind » , erheblich sind .

E. 3.2.2

Nach der Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen , nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist somit nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 134 III 511 E. 3.3.2; 116

II

338

E. 1a; 116 V 218 E. 5a). Die Tragweite der einzelnen Fragen bestimmt sich - gleich wie der Vertragsinhalt - nach dem Vertrauensprinzip. Es ist dabei darauf abzustellen, was vernünftigerweise gemeint sein muss und der konkrete Antragsteller annehmen darf, wenn er über die Fragen des Versicherers in der vom VVG verlangten Weise ernsthaft nachdenkt (BGE 136 III 334 E. 2.3; 118

II

333 E. 2b). Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang den Begriff des « subjektiven Verständnishorizonts » geschaffen (BGE 134 III 511 E. 3.3.3 und E.

5.2.2). Es ist zu beachten, dass eine Frage einschränkend auszulegen ist, wenn sie an sich oder aufgrund ihrer Beziehung zu den übrigen dem Antragsteller vorgelegten Fragen Zweifel über den Umfang der Deklarationspflicht weckt. Das folgt einerseits aus dem Grundsatz, dass die Anzeigepflicht nur soweit besteht, als die Fragen des Versicherers reichen. Andererseits wird ganz allgemein eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Zurückhaltung angenommen, weil damit die einschneidende Folge des Wegfalls des Versicherungsvertrags verbunden ist (BGE 118 II 333 E. 2b mit Hinweis ; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2023 vom 28. März 2024 E. 4.4).

E. 3.2.3

Ein Antragsteller verletzt demnach 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 führte es zu weit, wenn er 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2022 vom 12. September 2023 E. 2.2).

E. 3.3

Art.

E. 3.4

Es bleibt anzumerken, dass sich an den genannten VVG-Bestimmungen mit Inkrafttreten des revidierten VVG per 1. Januar 2022 inhaltlich nichts geändert hat mit der – hier nicht relevanten – Ausnahme, dass sowohl das Befragen zu als auch die Mitteilung von Gefahrstatsachen

und die Kündigung nicht mehr nur schriftlich, sondern auch in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen können. 4. 4.1

Im Antragsformular der Beklagten, das der Kläger am 24. Juni 2011 ausfüllte, wurden unter dem Titel « 7. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person» unter anderem gefragt: « 7.8 Sind bei Ihnen jemals Herz- und Kreislaufkrankheiten, ein Schlaganfall, eine Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, bösartige Leiden (z.B. Krebs) oder eine Hirnblutung, Multiple Sklerose oder psychische Störungen vorgekommen bzw. diagnostiziert worden? [...]

7.12 Sind Sie jemals von einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten beraten oder behandelt worden?»

Bei beiden Fragen kreuzte der Kläger «nein» als Antwort an (vgl. Urk. 2/3), womit er nach Auffassung der Beklagten seine Anzeigepflicht verletzte.

Konkret hält sie dafür, der Kläger habe bereits vor der Antragsstellung an einer psychischen Störung gelitten und auch eine Psychologin aufgesucht gehabt. Hierfür stützt sie sich auf die nachfolgend zitierten medizinischen Berichte (insbesondere

Urk.

E. 6

VVG

lautet wie folgt: 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 (Abs. 1 erster Satz). 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, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist (Abs. 3 erster Satz). Nach dieser Regelung ist das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen der unrichtig mitgeteilten oder verschwiegenen Gefahrstatsache und dem Eintritt oder dem Umfang des Schadens für den Leistungsanspruch des Antragstellers von Bedeutung, nicht jedoch für die Gültigkeit

der Kündigung des Vertrages durch den Versicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_308/2016 vom 17. August 2016 E.

4.1).

Wird ein Lebensversicherungsvertrag, der nach Massgabe des VVG rückkauffähig ist aufgelöst, so hat der Versicherer schliesslich die für den Rückkauf festgestellte Leistung zu gewähren (Abs. 4) .

E. 9

Ziff.

E. 11

f. und Urk.

E. 15

zu Ziff. 2.4.10.1; Urk. 27 Ziff. 6), vermögen daran etwas zu ändern. Die Verwendung von «bzw.» ausserhalb der Aufzählung ist letztlich auch eine stilistische Frage und führte nicht etwa dazu, dass sich dem Kläger zwei gleichermassen sinnvolle oder zumindest vertretbare Interpretationsmöglichkeiten geboten hätten . So darf auch von einem juristischen Laien erwartet werden, dass ihm auffällt, dass es seitens der Beklagten keinen Sinn machen würde , nach «vorgekommenen bzw. diagnostizierten» Krankheiten zu fragen, wenn sie nur «diagnostizierte» erfragen wollte. Diesfalls käme der erweiterten Formulierung mit «vorgekommen bzw.» nämlich keine reelle Funktion zu; diese würde nicht einmal der Erläuterung oder Veranschaulichung der Frage dienen, sondern wäre einfach nur überflüssig. 5.4

Bleibt die Frage, ob der Sachverhalt, wie er in E. 4.3 erörtert wurde, unter die in Frage 7.8 gelisteten «vorgekommenen bzw. diagnostizierten» Krankheiten fällt.

Aus den Ausführungen der Parteien (vgl. Urk. 1 Ziff. 12; Urk. 9 Ziff. 2.4.7) sowie den in E. 4.2 zitierten Gutachten (Urk. 10/2 und 23/14) ergeben sich dabei keine Anhaltspunkte für die Existenz von echtzeitlichen Arztberichten. Es ist deshalb vorweg zu betonen , dass es nicht darum geht, ob verschiedene Fachpersonen im Nachhinein eine psychische Störung bestätigt haben oder ob der Kläger rückblickend angab, schon vor der Antragsstellung eine erste Depression gehabt zu haben. Relevant ist einzig, ob der Kläger dies auch im Zeitpunkt der Antragsstellung am 24. Juni 2011 gewusst hat oder hätte wissen müssen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 4A_338/2022 vom 19. Dezember 2022 E. 5.2.1).

Soweit es die konkreten Angaben des Klägers in den später erstellten medizinischen Unterlagen anbelangt, sind diese konsistent und

bis heute unwiderrufen . Es steht damit fest, aufgrund welcher Beschwerden der Kläger behandelt wurde und welche Therapien er wahrnahm. Zudem erlauben seine Angaben auch eine zeitliche Einordnung des fraglichen Sachverhalts (vgl. E. 4.3) . Es bleibt einzig zu klären, ob der Kläger bereits im Zeitpunkt der Antragsstellung darauf schliessen musste, dass bereits einmal eine Depression respektive eine psychische Störung

mit Krankheitswert aufgetreten war. 5. 5

Als Indizien für eine psychische Störung

können gelten, dass der Kläger seinen Hausarzt aufsuchte, ihm ein Antidepressivum verschrieben wurde, er einige Termine bei einer Psychologin wahrnahm, ihm aufgrund seines psychischen Zustandes über mehrere Monate eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und er an Suizidgedanken litt.

All dies ist Ausdruck eines gewissen Leidensdrucks und spricht für eine gewisse Schwere der psychischen Beschwerden.

Die Tatsache, dass der Kläger vor der Antragsstellung

nie eine fachärztliche Behandlung wahrnahm, schliesst einen Krankheitswert nicht per se aus.

Ob ein Facharzt aufgesucht wird, hängt im Einzelfall nicht nur von der Schwere der Beschwerden, sondern auch der Handhabung durch respektive der Erfahrung des Hausarztes, dem Ansprechen auf die von ihm

eingeleitete Therapie und nicht zuletzt der persönlichen Einstellung des Betroffenen ab.

Dem Kläger widerstrebt es nach eigenen Angaben bereits, das im Vergleich zu einer fachärztlichen Therapie niederschwellige Angebot einer psychologischen Begleitung wahrzunehmen (vgl. E. 4.2.3); auch in im Rahmen späterer Behandlungen zeigte er nur eine eingeschränkte Compliance

(etwa Urk. 10/2 S. 3 oben und S. 7 Mitte).

Ebenso wenig kann sich der Kläger per se darauf berufen, er habe dem Ganzen keinen Krankheitswert beimessen müssen, weil die Beschwerden in einer psychosozialen Belastungssituation aufgetreten seien. Im

Urteil 4 A_19/2019 vom 30.

April 2013 hat te das Bundesgericht den Fall eines 20-Jährigen zu beurteilen, der vorerst erfolgreich wegen Nervosität, Stress und Einschlafstörungen vom Hausarzt behandelt worden war. Vier Monate vor der Antragsstellung beging er jedoch einen Suizidversuch mit anschliessender Hospitalisierung.

Das Bundesgericht liess wie die Vorinstanz offen, ob der Versicherte [gemeint im Sinne einer Ausnahme] angesichts seines jugendlichen Alters und seiner fehlenden Lebenserfahrung in seiner seelischen Verfassung, die er als Liebeskummer wahrgenommen hatte, einen Zustand mit Krankheitswert im Sinne einer erfragten « gegenwärtigen gesundheitlichen Störung » oder « bestehenden Folge von Krankheit » erkennen musste.

Für seinen Vater, der den Versicherungsantrag mitunterzeichnet hatte und dessen Wissen dem Versicherten deshalb angerechnet wurde, stellte sich diese Frage indessen nicht. 5.6

Zusammenfassend ist somit lediglich belegt, dass beim Kläger mehr als fünf Jahre vor der Antragsstellung einmalig psychische Beschwerden aufgetreten waren. Indessen lässt sich nicht nachweisen, dass er diesen hätte Krankheitswert beimessen und Frage 7.8 im Fragebogen mit «ja» hätte beantworten müssen.

So hatte das Bundesgericht in seinem Urteil 9C_66/2008 vom 24. Juni 2008 den Fall einer versicherten Person zu beurteilen, die am 21.

März 1994 die Fragen verneint hatte, ob zur Zeit gesundheitliche Störungen respektive Folgen einer Krankheit bestünden oder sie jemals eine psychische Störung gehabt habe –

nachdem sie zuvor am 20. Januar und 17. März 1994 ihre Ärztin konsultiert und diese ihr Medikamente und eine Gesprächstherapie verordnet hatte. Das Bundesgericht bestätigte, dass die von der Ärztin erhobenen Befunde «Versagens ängste und depressives Zustandsbild» keiner medizinischen Diagnose mit Krankheitswert entsprechen und die Fragen somit nicht unrichtig beantwortet worden seien. Bagatellstörungen, die allgemein als vorübergehend gelten würden und nicht als Symptome eines eigentlichen Leidens aufzufassen seien, müssten nicht angezeigt werden.

Vorliegend sind überhaupt keine rechtzeitig erhobene n objektive n Befunde aktenkundig, die eine bestimmte Schwere der Beeinträchtigung ausweisen würden. Auch bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger bereits damals mit einer psychiatrischen Diagnose konfrontiert wurde. Die Beschwerden klangen zudem innert drei Monaten ab und bis zur Antragsstellung sind keine weiteren Krisen ausgewiesen. So werden weitere Krisen in den vorhandenen medizinischen Unterlagen – wenn überhaupt – zeitlich frühestens ab dem Jahr 2012 eingeordnet (vgl. E. 4.2). Allein aus der Medikation - und einigen Gesprächen bei der Psychologin, die von der Beklagten anlässlich der Anzeigepflichtverletzung vom 1. Dezember 2022 gar nicht angerufen wurden (Urk. 2/6) und damit sowieso unbeachtlich zu bleiben

haben (E. 5.1) - musste der Kläger gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch nicht auf einen Krankheitswert schliessen. Daran ändert nichts, dass ihm aufgrund seiner unbestritten gefährlichen Tätigkeit als Starkstrommonteur, die keinerlei kognitive Einschränkungen duldet, vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Gleiches gilt für den Umstand, dass er zugeb, damals Suizidgedanken gehabt zu haben, zumal bis heute keine akute Suizidalität ärztlich festgestellt wurde (vgl. Urk. 10/2 S. 34 unten); auch diese Punkte rief die Beschwerdegegnerin nicht an zur Begründung der Anzeigepflichtverletzung (Urk. 2/6, E. 5.1). 6.

Nach dem Ausgeführten ist der Beklagten der ihr nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) obliegende Beweis für eine Anzeigepflichtverletzung misslungen.

Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass sie zwar noch den Beizug der Akten der Krankenkasse (Taggeldversicherer) respektive deren schriftliche Auskunft beantragte (vgl. Urk. 22 Ziff. 2.4.10.4; S. 10). Zum einen substantiierte sie jedoch nicht, welche Behauptungen damit belegt werden sollen. Soweit es ihr um das Gutachten von Dr. A. ___ gehen sollte, hat sie dieses bereits selbst eingereicht. Zum anderen ist aus dem soeben erwähnten Gutachten ersichtlich, dass auch Dr. A. ___ (und folglich auch seinem Auftraggeber) keine rechtzeitiglichen Arztberichte vorlagen. Es ist somit nicht davon auszugehen, dass ein Aktenbeizug

respektive eine schriftliche Auskunft an den vorstehenden Schlussfolgerungen etwas zu ändern vermöchte.

Bloss

im Beweismittel-/ Beilagenverzeichnis

(zu Urk. 10/1-4 und Urk. 22 S. 10) verlangt wurde von der Beklagten zudem eine Aktenevidenz und schriftliche Auskunft (wohl zum ohnehin unstrittigen Datum der Aktenzustellung) seitens der Invalidenversicherung. Obschon ihr deren Akten vorlagen (vgl. Urk. 9 Ziff. 2.3.1; Urk. 10/1), legte sie nicht dar, inwieweit sich daraus zusätzliche

Erkenntnis ergeben sollten bzw. inwieweit sich darin weitere massgebliche Unterlagen finden würden. Diesen Beweismittelanträgen ist somit keine Folge zu leisten. 7.

7.1

Bei unbestritten voller Erwerbsunfähigkeit hat der Kläger somit gestützt auf die

«Gebundene Vorsorge-Police» Nr. ...

grundsätzlich ab dem 5.

Februar

2017 Anspruch auf eine Rente und ab dem 17. Mai 2015 auf Prämien - befreiung (vgl. Urk. 1 Ziff.

E. 18

f.; Urk. 9 Ziff. 2.3). Die Beklagte erhob indessen für

die vor dem 1. Januar 2020 entstandenen Forderungen die Einrede der Verjährung gestützt auf Art. 46 VVG, in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung (Urk. 9 Ziff. 2.4.15; Urk. 22 Ziff. 2.4.15). Dem wurde seitens des Klägers (vgl. Urk. 15 zu Ziff. 2.4.15) zu Recht nicht widersprochen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_150/2021 vom 5. Juli 2021 E. 4).

Damit hat der Kläger ab 1. Januar 2020 Anspruch auf die vollen Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit gemäss der «Gebundene Vorsorge-Police» Nr. ..., d.h. eine Jahresrente von Fr. 12'000.-- und eine Prämienbefreiung. Im Umfang der vom Kläger für den Zeitraum ab 1. Januar 2020 erbrachten Prämienleistungen ist die Beklagte

unge rechtfertigt bereichert und hat den Betrag zurückzuerstatten. 7.2

Die Regeln nach Art. 102 ff. OR gelten auch für fällige Invalidenrenten im Bereich der obligatorischen und der überobligatorischen Berufsvorsorge (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_66/2012 vom 25. Juni 2012 E. 1.3), weshalb im Rahmen der gebundenen Säule 3a nichts anderes gelten kann; seitens der Parteien wurden keine anderslautende n vertragliche n Abreden vorgetragen. Demnach ist ein Verzugszins von 5 % vom Datum der Postaufgabe der Klage, dem 16. März 2023 (Urk. 1), auf den bis zu jenem Zeitpunkt fällig gewordenen Rentenleistungen zu bezahlen. Auf den seit der Klageeinreichung fällig gewordenen Rentenleistungen ist die Beklagte ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum verzugszinspflichtig. Gleiches gilt für die Prämienbefreiung als akzessorische Versicherungsleistung, weshalb auch hier der Zins erst ab Klageerhebung geschuldet ist (dazu Stephan Fuhrer, umstrittene Prämienbefreiung, Besprechung des Urteils des Bundesgerichts 4A_53/2010 vom 29. April 2010, abrufbar unter www.stephan-fuhrer.ch). 8.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien erscheint die Zusprache einer Parteientschädigung für den anwaltlich vertretenen Kläger von Fr. 3'300.-- (inkl.

Barauslagen und MWSt) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 100 % die vertragliche Erwerbs unfähigkeitsrente von Fr. 12'000.-- pro Jahr zuzüglich Verzugszins von 5 % ab dem 1 6. März 2023 auf den bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordenen und für die seit diesem Zeitpunkt fällig gewordenen Rentenleistungen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum auszurichten.

Des Weiteren wird festgestellt, dass der Kläger ab 1. Januar 2020 Anspruch auf Prämienbefreiung hat. Die Beklagte wird verpflichtet, ihm für den Zeitraum ab 1. Januar 2020 bezahlte Prämien nebst 5 % Zins seit 1 6. März 2023 zurückzuerstatten.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Rechtsanwalt Dr. Gerhard Stoessel - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Philipp Bonetti

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