

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00002 vom 20. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KK.2014.00002](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2014.00002)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00002 du 20 avril 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00002 del 20 aprile 2015

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 2004, stellte am 22. November 2010, vertreten durch seine Eltern, bei der Groupe Mutuel Assurances GMS SA (nachfolgend: Mutuel) unter anderem Antrag auf Abschluss der Krankenzusatzversicherungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus-Kids (nachfolgend: DP0) und Zahnpflegeversicherung Dentaire plus (nachfolgend: DP3; Urk. 9/2) und füllte

den zugehörigen zahnärztlichen Fragebogen aus (Urk.

9/3). Per 1. Januar 2011 wurde der Versicherte in die beantragte Versicherung aufgenommen (Versicherungsausweis 2011 vom 22. Dezember 2010, Urk. 9/5/3-4).

Nachdem die Mutuel erfahren hatte, dass der Versicherte für das Jahr 2011 bei einem anderen Versicherer für die Zahnpflegezusatzversicherung war (vgl. Urk. 9/6),

teilte sie dem Versicherten mit, sie habe den Versicherungsvertrag für die Zahnpflegeversicherungen angepasst und die Versicherungsdeckung bestehe per 1. Januar 2012 (Schreiben vom 21. Juni 2011, Urk. 9/7; Vergleiche auch Versicherungsausweise 2012 vom 21. Juni 2011, Urk. 9/8/2, sowie vom 14. Oktober 2011, Urk. 9/8/3-5).

Da die Versicherungsdeckung beim anderen Versicherer auch für das Jahr 2012 weiterhin Bestand hatte (vgl. Urk. 9/10/2), erklärte die Mutuel dem Versicherten mit Schreiben vom 14. Mai 2012 (Urk. 9/11), dass sie die beantragten Zusatzversicherungen Zahnpflegeversicherung vorläufig aufhebe. Eine Verschiebung der Versicherungsdeckung sei gemäss den geltenden Bestimmungen auf den 1. Januar 2013 möglich, wenn ein neuer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werde. Am 4. Juni 2012 füllte der Zahnarzt des Versicherten den zahnärztlichen Fragebogen aus (Urk. 9/14/3). In der Folge teilte die Mutuel dem Versicherten mit, dass sie die Aufnahme in die Zahnpflegeversicherung DP0 ablehne und auf der Zahnpflegeversicherung DP3 einen Vorbehalt anbringe (Schreiben vom 18. Juni 2012, Urk. 9/17/3).

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2012 führte der Versicherte aus, die nachträgliche einseitige Vertragsänderung durch die Mutuel sei unzulässig. Ihm sei für das Jahr 2013 eine korrigierte Police mit der Deckung Zahnpflegeversicherung DP0 ohne Anbringen eines Deckungsvorbehaltes auszustellen (Urk. 9/21). Mit Schreiben vom 26. Februar 2013 (Urk. 9/25), vom 1. Mai 2013 (Urk. 9/28) sowie vom 3. Dezember 2013 (Urk. 9/34) hielt die Mutuel an ihrem bisherigen Entscheid fest.

Am 18. September 2013 kündigte der Versicherte sämtliche Zusatzversicherungen nach VVG bei der Mutuel mit Ausnahme der Zahnpflegeversicherung DP3 (Urk. 9/33).

### **E. 1.1**

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs.

### **E. 1.2**

Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1 mit Hinweisen). Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten, wobei sich der Vertragsinhalt betreffend die Zusatzversicherungen regelmässig nach den vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S. 23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

### **E. 1.3**

Gemäss Art.

## **E. 2**

Am 22. Januar 2014 erhob der Versicherte Klage gegen die Mutuel und beantragte, die sei zu verpflichten, ihn im Rahmen des bereits gewährten Versicherungsschutzes für die Zahnpflegeversicherungen DP0 und DP3 ab 1. Januar 2011 ohne Vorbehalt weiterhin zu versichern (Urk. 1 S. 2). Am 13. Mai 2014 erstattete die Mutuel Klageantwort und schloss auf Abweisung der Klage (Urk. 8 lit. E). Mit Replik vom 27. Juni 2014 (Urk. 13) hielt der Kläger an seinem Antrag fest. Auch die Beklagte bekräftigte ihren Antrag mit Duplik vom 19. August 2014 (Urk. 17), was dem Kläger am 22. August 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Der Kläger stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1), er beziehungsweise sein Zahnarzt habe am 19. November 2010 zuhanden der Beklagten den zahnärztlichen Fragebogen ausgefüllt. Daraufhin sei der Versicherungsschutz für die Zahnpflegeversicherungen DP0 und DP3 vorbehaltlos ab dem 1. Januar 2011 gewährt worden

(S. 6 f. Ziff. IV.1 f.). Der nachträglich angebrachte Vorbehalt verstosse gegen die Rechtsgrundsätze der Einhaltung der abgeschlossenen Verträge, culpa in contrahendo, Treu und Glauben sowie gegen die allgemeinen Gepflogenheiten im Bereich des Krankenversicherungswesens (S. 7 Ziff. 3). Weiter machte der Kläger geltend, er habe einer nachträglichen Vertragsänderung nie zugestimmt. Da die Intention im „Pausierungsschreiben“ vom Mai 2012 darauf abgezielt habe, den Versicherungsschutz nicht zu verändern, sondern bloss für kurze Zeit wegen einer Doppelversicherung zu sistieren, berufe er sich auf einen Grundlagenirrtum (S. 7 Ziff. 4).

Mit Replik vom 27. Juni 2014 (Urk. 13) beanstandete der Kläger zudem, die Beklagte würde ihre Korrespondenz bezüglich ihrer Namen nicht einheitlich führen. Sodann bemängelte er die Aktenführung durch die Beklagte.

Auch berief er sich auf den Vertrauensgrundsatz, da ihm eine Mitarbeiterin der Beklagten telephonisch erklärt habe, dass die Police ohne weitere Folgen sistiert werden könne (S. 2 Ziff. II.2). Durch die Sistierung sei das ursprüngliche Vertragsverhältnis weiterhin gültig. Eine erneute Gesundheitsprüfung sei daher selbstredend nicht notwendig, da es um die gleiche Person gehe, deren Antrag schon angenommen worden sei (S. 6 ff. ad C/17 und ad D/6). Im Weiteren sei erstellt, dass er die Prämie mindestens bis Mai 2011 bezahlt habe. Es seien alle Voraussetzungen eines korrekten Vertragsabschlusses erfüllt, weshalb ein erneuter Abschluss nicht mehr nötig gewesen sei (S. 8 oben).

## **E. 2.2**

Dagegen vertrat die Beklagte im Wesentlichen die Ansicht (Urk. 8), der Kläger sei für die Jahre 2011 und 2012 doppelt versichert gewesen. Für das Jahr 2011

habe sie die Zusatzversicherungen DP0 und DP3 ohne Vorbehalte suspendiert und den Versicherungsbeginn auf den 1. Januar 2012 verschoben. Bereits bezahlte Prämien für das Jahr 2011 seien verrechnet worden (D.4). Mit Schreiben vom 14. Mai 2012 habe sie den Kläger klar und unmissverständlich informiert, dass eine erneute Verschiebung der Zusatzversicherung ohne erneuten Antrag und ohne Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens nicht möglich sei. Der Kläger habe demnach für das Vertragsjahr 2012 drei Möglichkeiten gehabt: Den Vertrag vom 22. Dezember 2010 ab dem 1. Januar 2012 vertragsgemäss weiterzuführen, aufzuheben oder nochmals um ein weiteres Jahr zu sistieren. Die erneute Sistierung des Vertrages habe jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung verlangt. Aus dem Schreiben des Klägers vom Mai 2012 gehe hervor, dass er die Versicherungsdeckung für das Jahr 2012 nicht habe kündigen, sondern nur habe suspendieren wollen. Von einem Grundlagenirrtum könne nicht ausgegangen werden. Der Kläger habe die Möglichkeit gehabt, für die Risiken DP0 und DP3 ab dem 1. Januar 2012 ohne Vorbehalte versichert zu sein. Er habe jedoch den Versicherungsvertrag nochmals um ein Jahr suspendieren wollen und habe so mit den Bedingungen für eine erneute Gesundheitsprüfung zugestimmt (lit. D.6).

## **E. 2.3**

Die Parteien sind sich einig, dass ein Versicherungsvertrag über die beiden Zusatzversicherungen DP0 und DP3 am 22. Dezember 2010 zustande gekommen ist (vgl. Urk. 8 lit. D.3).

Streitig und zu prüfen ist allerdings, ob die Beklagte berechtigt war, eine erneute Gesundheitsprüfung durchzuführen und sie danach die Deckung für die Versicherung DP0 ablehnen und jene für die DP3 mit einem Vorbehalt versehen durfte. 3.

## **E. 3**

KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Kantone können ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für solche Streitigkeiten zuständig ist (Art.

### **E. 3.1**

Vorweg ist auf die formellen Vorbringen des Klägers einzugehen.

Der Kläger machte geltend, die Beklagte habe einen Handelsregisterauszug einzureichen, um sicher zu sein, wer genau die Beklagte sei. Sie führe ihre Korrespondenz bezüglich ihres Namens nicht einheitlich (Urk. 13 S. 2 Ziff. II.1).

Der Kläger schloss sowohl die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG als auch verschiedene Krankenzusatzversicherungen nach VVG ab. In den Versicherungsausweisen ist bei jedem Zusatzversicherungsprodukt der Versicherer angegeben, nämlich die Groupe Mutuel Assurances GMA SA (vgl. Urk. 9/5/3-4, Urk. 9/7/2, Urk. 9/8). Sodann bestätigte der Kläger auf dem Versicherungsantrag unterschriftlich, dass er unter anderem über die Identität des risikotragenden Versicherers für die gewählten Produkte informiert worden sei (Urk. 9/2/4 unten). Des Weiteren befindet sich sowohl auf den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVB; Urk. 9/1) sowie den Besonderen Bedingungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus (BB, Urk. 9/1/8) der

Briefkopf der Groupe Mutuel Assurances GMA SA.

Wer vorliegend als beklagte Partei aufzuführen ist, erscheint nach dem Gesagten hinreichend klar.

### **E. 3.2**

Soweit der Kläger die Aktenführung der Beklagten bemängelte, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Insbesondere vermag er nicht darzutun, welche konkreten Aktenstücke fehlen sollen. Die Beklagte führte an, sie habe sämtliche Akten, die den Versicherten und nicht ein anderes Familienmitglied betreffen würden, eingereicht (Urk. 8 lit. D.1, Urk. 17 lit. C.1).

Aus Sicht des Gerichtes sind die vorliegenden Akten zur Beurteilung der Sache ausreichend. 4.4.1

Anwendbar auf das Vertragsverhältnis sind zum einen die Bestimmungen des VVG und zum anderen die Vereinbarungen, die in der im Dezember 2010 ausgestellten Versicherungspolice der Beklagten (Urk. 9/5/3-4) festgehalten sind, nämlich die AVB, Ausgabe 1. September 2010 (Urk.

### **E. 7**

der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO). Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach Art. 244 bis 247 ZPO (einfaches Verfahren; Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Die Klage wird direkt beim Gericht anhängig gemacht (BGE 138 III 558 E.

### **E. 8**

des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen,

der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden beziehungsweise rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Nach der höchst richterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.1 und 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen (Die Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E.

3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]). 2.

## E. 9

/1/1-7) sowie die BB, Ausgabe 1. August 2006 (Urk. 9/1/8-9). 4.2

Im Privatversicherungsrecht existiert kein allgemeines Doppelversicherungsverbot im Sinne eines anerkannten Rechtsgrundsatzes (vgl. Boll, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001 [nachfolgend: VVG-Kommentar], N 12 zu Art. 53 VVG S. 798). In Art. 53 VVG wird Folgendes zur Doppelversicherung ausgeführt: Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer dergestalt versichert, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Doppelversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, hiervon allen Versicherern ohne Verzug schriftlich Kenntnis zu geben (Abs. 1). Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Doppelversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so sind die Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht gebunden (Abs. 2). Jeder Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch (Abs. 3).

Art. 21 AVB entspricht dieser gesetzlichen Regelung. 4.3

Per

1. Januar 2011 schloss der Kläger bei der Beklagten eine Zahnpflegeversicherung ab. Es ist unbestritten, dass der Kläger sowohl für das Jahr 2011 als auch das Jahr 2012 bei einem anderen Versicherer ebenfalls für zahnärztliche Behandlungen Zusatzversichert war (vgl. Urk. 9/6, Urk. 9/10/2). Es ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht geltend gemacht, dass der Kläger die Versicherung bei der Beklagten in der Absicht abgeschlossen hatte, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen. Somit bleibt die Beklagte an den Vertrag gebunden (vgl. vorangehend E. 4.2). 4.4

Am 31. Mai 2011 ging bei der Beklagten ein an den Kläger adressiertes Schreiben der Progrès Versicherungen AG (nachfolgend: Progrès) ein, welches unter anderem bescheinigte, dass der Kläger aktuell bei der Progrès mit dem Produkt DENTApplus versichert sei (Urk. 9/6). Daraufhin passte die Beklagte die Zusatzversicherungsverträge für die DP0 und DP3 an und verschob den Beginn auf den 1. Januar 2012 (Urk. 9/7).

Am 18. April 2012 ging bei der Beklagten wiederum ein Schreiben der Progrès vom 6. Dezember 2011 ein (Urk. 9/10). Dieses bestätigte den Eingang des Kündigungsschreibens des Klägers und hielt gleichzeitig fest, dass die Kündigungsfrist für die Zahnpflegeversicherung DENTApplus nicht eingehalten worden sei, weshalb die Aufhebung erst per 31. Dezember 2012 erfolge (Urk. 9/10/2). Daraufhin erklärte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 14. Mai 2012 (Urk. 9/11), dass sie die beantragten

Zahnpflegeversicherungen vorläufig aufhebe. Eine Verschiebung sei gemäss den geltenden Bestimmungen auf den 1. Januar 2013 möglich, wenn ein neuer Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werde. Am 4. Juni 2012 füllte der Zahnarzt des Klägers den zahnärztlichen Fragebogen aus (Urk. 9/14/3).

In der Folge teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie die Aufnahme in die Zahnpflegeversicherung DP0 ablehne und auf der Zahnpflegeversicherung DP3 einen

Vorbehalt anbringe (Schreiben vom 18. Juni 2012, Urk. 9/17/3). Die Einverständniserklärung (vgl. Urk. 9/17/3) wurde vom Kläger nicht retourniert (vgl. Schreiben der Beklagten vom 4. und 24. Juli

2012, Urk. 9/18-19). Der am 17. Oktober 2012 ausgestellte Versicherungsausweis für das Jahr 2013 enthielt weder die Zahnpflegeversicherung DP0 noch DP3 (Urk. 9/20).

Mit Schreiben vom 18. Dezember 2012 führte der Kläger aus, die nachträgliche einseitige Vertragsänderung durch die Beklagte sei unzulässig. Daher sei für das Jahr 2013 eine korrigierte Police mit der Deckung Zahnpflegeversicherung DP0 ohne Anbringen eines Deckungsvorbehaltes auszustellen (Urk. 9/21). Dem vor genannten Schreiben wurde ein mit „Mai 2012“ datiertes Schreiben des Klägers beigelegt, in welchem dieser ausführte, er wolle die Zahnpflegeversicherung für das Jahr 2012 pausieren und nicht kündigen. Ab 1. Januar 2013 sei die Zusatzversicherung wieder zu aktivieren (Urk. 9/22). 4.5

Der Versicherungsnehmer entrichtet die Prämie und geniesst als Gegenleistung einen Versicherungsschutz (vgl. Hasenböhler, VVG-Kommentar, N 79 zu Art. 20 VVG S. 327).

Für das Jahr 2011 entrichtete der Kläger keine Prämien für die Zusatzversicherungen DP0 und DP3 respektive diese wurden ihm - da es jeweils erst im Verlauf des Jahres 2011 und 2012 zur Sistierung gekommen war - zurückerstattet (vgl. Urk. 8 lit. D.8). Dass für den Kläger keine Prämien anfielen, ergibt sich auch aus der Kontoübersicht vom 2. September 2011 (Urk. 9/9): Der Kläger bezahlte vom 1. März bis 30. September 2011 lediglich Fr. 35.-- VVG-Prämien. Diese Fr. 35.-- fielen für die Zusatzversicherung ProVista (Fr. 5.--/Monat; vgl. Urk. 9/7/2) an. Soweit der Kläger behauptet, er habe für die Zahnpflegeversicherungen Prämien entrichtet (vorangehend E. 2.1), steht diese Behauptung nicht nur im Widerspruch zur Aufstellung in der zuvor erwähnten Kontoübersicht, sondern auch zu einem aktenkundigen Schreiben (vgl. Schreiben des Rechtsschutzversicherers des Klägers vom 17. April 2013, Urk. 9/27).

Darin wurde sinngemäss festgehalten, dass er bisher weder für das Jahr 2011 noch für das Jahr 2012 Prämien bezahlt hatte.

Damit ist vorliegend im Dezember 2010 zwar ein Vertrag über die Zusatzversicherungen DP0 und DP3 zustande gekommen, im gegenseitigen Einverständnis hatte der Kläger jedoch keine Prämien

bezahlt und der Versicherungsschutz war für das Jahr 2011 sistiert.

Mit Schreiben vom 14. Mai 2012 stellte die Beklagte dem Kläger bereits in Aussicht, dass eine weitere Sistierung für das Jahr 2012 an eine erneute Gesundheitsprüfung gebunden sei. Nachdem der Kläger den zahnärztlichen Gesundheitsbogen ausgefüllt retourniert hatte, durfte die Beklagte dies als Einverständnis in das mit Schreiben vom 14. Mai 2012 erklärte Vorgehen werten. Kein anderer Wille ergibt sich im Übrigen aus dem Schreiben des Klägers vom „Mai 2012“, worin er ausführte, er wolle die Zahnpflegeversicherungen „pausieren, nicht kündigen“ und der Bitte, die Versicherung sei ab 1. Januar 2013 „wieder zu aktivieren“ (vgl. zum Ganzen vorangehend E. 4.4).

4.6

Nach dem Dafürhalten des Klägers ist der Ende 2010 zustande gekommene Versicherungsvertrag zu den damaligen Konditionen - insbesondere basierend auf der Gesundheitsprüfung vom November 2010 - per 1. Januar 2013 zu aktivieren, indem er ab

dann Prämien bezahlt und als Gegenleistung Versicherungsschutz erhält.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Insbesondere kann es nicht an gehen, Versicherungen quasi auf Vorrat abzuschliessen und diese erst Jahre nach der Gesundheitsprüfung - ohne zwischenzeitlich Prämien dafür bezahlt zu haben - wirksam werden zu lassen.

Ein solches Vorgehen würde einerseits zu Ungleichbehandlungen führen, da Versicherungsnehmer, die neu eine Zusatzversicherung abschliessen wollen oder ihre bisherige Zusatzversicherung rechtzeitig kündigen, über die letzten zwei Jahre (also folglich jene Jahre, die im vorliegenden Fall aufgrund des Vertragsschlusses vor zwei Jahren mit abschliessender Sistierung unberücksichtigt geblieben wären) in der Gesundheitsprüfung Rechenschaft ablegen müssen.

Andererseits steht dieses Vorgehen im Widerspruch zum Zweck der Gesundheitsprüfung: Der Versicherer soll das aktuelle Risiko abschätzen können.

Der Wille des Klägers war stets darauf gerichtet, die Versicherungsdeckung für die Jahre 2011 und 2012 zu sistieren.

Die Beklagte kam diesem Wunsch nach und informierte den Kläger

über die damit verbundenen Folgen (erneute Gesundheitsprüfung), was vom Vorgehen her

nicht zu beanstanden ist. Die privatautonome Vertragsfreiheit bei Zusatzversicherungen beinhaltet auch die Freiheit, einen abgeschlossenen Vertrag aufzuheben oder abzuändern (Stoessel, VVG-Kommentar, Allgemeine Einleitung, N

34 S. 12, sowie Stoessel, in: VVG-Kommentar, Nachführungsband, Basel 2012, ad

N 34 S. 6). Der Vorwurf des Klägers, die Beklagte halte Verträge nicht ein, zielt daher ins Leere. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Versicherungsbeginn aufgrund der vom Kläger gewünschten Sistierung zweimal verschoben wurde. Die Gründe, weshalb der Vertrag nicht wie ursprünglich vorgesehen per 1. Januar 2011 in Kraft trat, lagen beim Kläger und nicht bei der Beklagten. Diese führte sodann richtigerweise aus, dass sich die Zahnstellung besonders bei Kindern innerhalb von wenigen Monaten verändern kann. Daher ist der Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Antrages eine Bestandsaufnahme (vgl. Urk. 17 ad D/6). Tritt der Vertrag schliesslich nicht wie im Antrag vorgesehen in Kraft, sondern wird noch während zwei Jahren sistiert, ist es der Beklagten aufgrund der Vertragsfreiheit nicht zu verwehren, eine neue Bestandsaufnahme beziehungsweise Gesundheitsprüfung durchzuführen. Dies um so weniger als der Kläger durch die

Beklagte

darüber informiert wurde, dass diese Folge lediglich eintritt, wenn er den Vertrag um ein weiteres Jahr sistieren will. 4.7

Genauso wenig hat sich die Beklagte aus culpa in contrahendo zu verantworten. Denn mit dem Schreiben vom 14. Mai 2012 kam die Beklagte ihrer Aufklärungspflicht nach.

4.8

4.8.1

Sodann berief sich der Kläger auf einen Grundlagenirrtum.

Auf einen wesentlichen Grundlagenirrtum kann sich eine Partei berufen, wenn sie sich beim Vertragsschluss (beziehungsweise bei Abgabe der einseitigen Erklärung) über einen bestimmten Sachverhalt geirrt hat, der für sie notwendige Vertragsgrundlage war, und den sie zudem nach Treu und Glauben im Geschäftsverkehr als eine notwendige Grundlage des Vertrages betrachten durfte ( Art. 24 Abs. 1 Ziff. 4 OR; BGE 132 II 161 E.

4.1; 123 III 200 E.

2). Neben der subjektiven Wesentlichkeit ist daher erforderlich, dass der zu Grunde gelegte Sachverhalt auch objektiv, vom Standpunkt oder nach den Anforderungen des normalen Geschäftsverkehrs als notwendige Grundlage des Vertrages erscheint. Zudem muss es für die Gegenpartei erkennbar gewesen sein, dass der fälschlich angenommene Sachverhalt für den Irrenden Geschäftsgrundlage war (BGE 130 III 49 E.

1.2). Ein Grundlagenirrtum darf nur angenommen werden, wenn der Vertragspartner bei gebührender Sorgfalt hätte erkennen müssen, welche Bedeutung der entsprechende Sachverhalt für den Irrenden hatte. Nur wenn diese Erkennbarkeit gegeben ist, darf der Irrende den Sachverhalt nach Treu und Glauben im Geschäftsverkehr als Geschäftsgrundlage betrachten. Anders würde der Vertragspartner mit einem nach Treu und Glauben nicht zu vereinbarenden Geschäftsrisiko belastet (Urteil des Bundesgerichts 4C.37/2004 vom 19. April 2004 E. 3.2).

4.8.2

Vorliegend machte der Kläger geltend, er habe sich in einem Grundlagenirrtum befunden, weil er mit dem „Pausierungsschreiben“ vom Mai 2012 den Umfang des Versicherungsschutz nicht habe verändern, sondern bloss für kurze Zeit wegen der Doppelversicherung habe sistieren wollen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 4). Die Erkennbarkeit für die Beklagte, dass der Kläger die Sistierung nur aufrecht erhalten will, sofern der Versicherungsschutz weiterhin unverändert bleibt, war aufgrund der im Vorfeld seitens der Beklagten klar kommunizierten Folgen (erneutes Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens) und des ausgefüllten retour寄ten Gesundheitsfragebogens nicht gegeben. Die Beklagte konnte den vom Kläger geltend gemachten Irrtum nicht erkennen. Ein Grundlagenirrtum liegt somit nicht vor. 4.9

Zu prüfen ist weiter, ob das Verhalten der Beklagten gegen Treu und Glauben verstösst.

Der Kläger machte geltend, eine Mitarbeiterin der Beklagten habe ihm gesagt, der Vertrag könne ohne weitere Folgen sistiert werden und offerierte als Beweis die Befragung der Mutter des Klägers sowie eine Zeugenbefragung beziehungsweise eine öffentliche Verhandlung (Urk.

1 S. 5 Ziff. 7, Urk. 13 S. 2 f. Ziff. II.1). Diese – von der Beklagten bestrittene (Urk. 17 S. 3 oben) – Behauptung blieb unbelegt und auch in den Akten finden sich keinerlei Hinweise auf derartige Aussagen einer Mitarbeiterin der Beklagten im Zusammenhang mit der zweiten Sistierung.

Da aufgrund dieser Umstände von einer Befragung der Sachbearbeiterin der Beklagten und der Mutter des Klägers keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 136 I 229 E.

5.3; 134 I 140 E. 5.3 je mit Hinweisen) zu verzichten. 4.10

Nach

dem Ausgeführten war die Beklagte berechtigt, eine erneute Gesundheitsprüfung durchzuführen. Aufgrund der Angaben des Klägers auf dem zahnärztlichen Fragebogen war ersichtlich, dass in absehbarer Zeit eine kieferorthopädische Behandlung notwendig wird (Urk. 9/14/3 Ziff. 14). Die Beklagte brachte daher auf die Zahnpflegeversicherung DP3 einen Vorbehalt an und lehnte die Deckung für die Versicherung DP0 ab (Urk. 9/17/1-2). Den angepassten Versicherungsantrag vom 3. Juni 2012 (Urk. 9/17/3) unterzeichnete der Kläger nicht, weshalb ab 1. Januar 2013 keine Zahnpflegeversicherung bei der Beklagten besteht.

Die Klage ist vollumfänglich abzuweisen. 5. 5.1

Gemäss Art. 114 lit. e ZPO ist das Verfahren kostenlos. Zu den Prozesskosten gehören die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Prozessentschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A\_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.1 nicht publiziert in: BGE 137 III 47). Diese umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO). 5.2

Nach der zu alt Art. 47 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergangenen, weiterhin gültigen höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der obsiegende

Versicherungsträger Anspruch auf eine Parteientschädigung, falls er durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes 4A\_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bundesgerichtes 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen).

Nachdem die obsiegende Beklagte nicht durch einen externen Anwalt vertreten ist, steht ihr keine Parteientschädigung zu. Ihr Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung (Urk. 7 S. 2) ist daher abzuweisen. 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: - Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas - Groupe Mutuel Assurances GMA SA - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannFonti

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