

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2016.00018

vom 22. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2016.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2016.00018 du 22 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2016.00018 del 22 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die SWICA Krankenversicherung AG unterbreitete X.____, geboren 1973, im November 2014 eine Offerte zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags ab dem 1. Januar 2015, einerseits beinhaltend die obligatorische Grundversicherung und andererseits die nachgenannten Zusatzversicherungen: Completa Top, Completa Praeventa, Optima, Hospita Flex Privat und weltweite Privatpatienten-Unfallversicherung Infortuna; Urk. 7/1/1). Am 11. November 2014 bestätigte X.____ unterschriftlich, die Offerte annehmen zu wollen (Urk. 7/1/1 S. 2), und beantwortete im als Formular ausgestalteten Versicherungsantrag verschiedene Fragen (Urk. 7/1/2).

Am 28. November 2014 teilte die SWICA Krankenversicherung AG X.____ zunächst mit, sie lehne die Aufnahme in die Zusatzversicherung ab (Urk. 7/2). Am 2. Dezember 2014 (Urk. 7/3/1) allerdings stellte sie X.____ die Police (gültig ab 1. Januar 2015) für die Grundversicherung und die Zusatzversicherungen Completa Top, Completa Praeventa, Optima, Hospita Flex Privat und weltweite Privatpatienten-Unfallversicherung Infortuna zu (Urk. 7/3/2; vgl. auch Urk. 7/4/3).

Mit Schreiben vom 18. August 2015 teilte die SWICA Krankenversicherung AG der Versicherten mit, sie habe festgestellt, dass die Zusatzversicherungen zu Unrecht aktiviert worden seien. Diesen Fehler korrigiere sie und annulliere die Zusatzversicherungen rückwirkend per 1. Januar 2015, unter Rückerstattung der geleisteten Prämien und Rückforderung der erbrachten Leistungen (Urk. 7/4/1). Dagegen opponierte die Versicherte einerseits persönlich (Urk. 7/5 f., Urk. 7/9, Urk. 7/10/3) und andererseits durch ihren Rechtsvertreter (Urk. 7/12, Urk. 7/7/15). Die SWICA Krankenversicherung AG hielt indessen an ihrem Entscheid fest. Mit Schreiben vom 15. Oktober 2015 erklärte sie den Rücktritt vom Vertrag ergänzend infolge einer von X.____ begangenen Verletzung der Anzeigepflicht beim Vertragsabschluss (Urk. 7/8, Urk. 7/10/4, Urk. 7/14, Urk. 7/19).

E. 2

X.____ erhob am 5. April 2016 gegen die SWICA Gesundheitssorganisation Klage mit dem Rechtsbegehren, die Beklagte sei zu verpflichten, sie weiterhin rückwirkend ab dem 1. Januar 2015 wie in der Police vom 2. Dezember 2014 umschrieben durch die Zusatzversicherungen Completa Top, Completa Praeventa, Optima, Hospita Flex Privat und weltweite Privatpatienten-Unfallversicherung Infortuna zu versichern und rückwirkend sowie weiterhin die vertraglichen Leistungen abzurechnen und auszuzahlen (Urk. 1). In der Klageantwort vom 20. April 2016 beantragte die SWICA Krankenversicherung AG die Abweisung der Klage, eventualiter die Auflösung der Zusatzversicherungen per 18. August 2015 (Urk. 6). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zur Frage der

Passivlegitimation (vgl. Urk. 12) der von der Klägerin ins Recht gefassten SWICA Gesundheitsorganisation wurde entsprechend den übereinstimmenden Anträgen der Parteien (vgl. Urk. 14 f., Urk. 16) die SWICA Krankenversicherung AG als Beklagte in den Prozess aufgenommen. Gleichzeitig wurde dem Gesuch der Klägerin stattgegeben, es sei ihr ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 18). Am 17. Oktober 2016 nahm die Klägerin erneut zur Sache Stellung (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1. 1 .1

Zu beurteilen ist die Begründung und der Bestand von Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Diese Versicherungen unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG in der bis 31. Dezember 2015 gültig gewesenen Fassung respektive dem seit 1. Januar 2016 geltenden Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes über die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). 1 .2

Die für das Sozialversicherungsgericht verbindliche Regelung der örtlichen Zuständigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung findet sich in Art. 32 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO). Demnach ist bei Streitigkeiten aus Konsumentverträgen für Klagen der Konsumentin oder des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO ; vgl. Urs Feller/Jürg Bloch, in: Sutter- Sömm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Die Klägerin hat ihren Wohnsitz im Kanton Zürich; damit ist die örtliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich gegeben. 1 .3

Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das einfache Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Gericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E. 3.2 und 4.6). Das Gericht darf einer Partei nicht mehr und nichts anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenpartei anerkannt hat (Art. 58 ZPO). Es stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) , erhebt von Amtes wegen Beweis (Art. 153 i.V.m. Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) und bildet seine Überzeugung nach freier Würdigung der Beweise (Art. 157 ZPO).

E. 2.1

Den Rücktritt vom Vertrag begründete die Beklagte unter anderem mit einer Anzeigepflichtverletzung der Klägerin beim Vertragsabschluss. Sie macht geltend, die Klägerin habe im Versicherungsantrag die Frage, ob anderweitige Versicherungsanträge abgelehnt worden seien , wahrheitswidrig verneint (vgl.

Urk. 7/1/2 S. 2). Tatsächlich habe die Assura zuvor einen Antrag auf Aufnahme in die Zusatzversicherung abgelehnt. Bei korrekter Beantwortung der Frage wären weitere Abklärungen in Bezug auf die Gründe für die Ablehnung getätigt worden, denn die Ablehnung durch eine andere Versicherung deute auf ein erhöhtes Versicherungsrisiko hin. Dies habe die Klägerin mit der unrichtigen Beantwortung der Frage vereitelt. Die rückwirkende Auflösung des Vertrages sei aufgrund dieser Sachlage zulässig (Urk. 6 S. 5 f. Ziff. 7).

E. 2.2

Die Klägerin führt aus, es sei unbestritten geblieben, dass sie im Antragsformular die weiteren Fragen korrekt beantwortet habe. Die Beklagte habe somit bei der Prüfung des Versicherungsantrages detaillierte Kenntnisse über den Gesundheitszustand gehabt, was sie denn auch zunächst bewogen habe, den Antrag abzulehnen. Die unrichtig beantwortete Frage habe keinen Einfluss auf den Entcheid gehabt. Die Beklagte mache nicht geltend, dass sie auf die anfängliche Ablehnung der Aufnahme in die Zusatzversicherung zurückgekommen sei, weil die erste Frage verneint worden sei. Aus der versehentlich offenbar unrichtigen Beantwortung der ersten Frage könne die Beklagte nichts zu ihren Gunsten ableiten. Im Übrigen seien die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig beantwortet worden. Das schliesse nicht aus, dass versehentlich etwas vergessen gegangen sei. Die Beklagte habe am 15. September 2015 telefonisch von der Assura erfahren, dass diese einen Antrag auf Höhererziehung für die Zusatzversicherungen abgelehnt habe. Beim Schreiben der Assura vom 30. September 2015 handle es sich lediglich um die verlangte schriftliche Bestätigung der bereits am 15. September 2015 erhaltenen Information. Im Zeitpunkt des Eingangs der Kündigung vom 15. Oktober 2015 sei somit die Frist von vier Wochen ab Kenntnisnahme gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG bereits klar abgelaufen gewesen (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 7).

E. 3.1

Gemäss Art. 4 Abs. 1 VVG hat 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. 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).

E. 3.2

Im am 11. November 2014 unterschriebenen Antragsformular war unter anderem die Frage an die Klägerin gerichtet, ob in der Vergangenheit bereits Anträge von SWICA oder anderen Versicherern abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden seien (z.B. Deckungsausschluss, Risikozuschlag bzw. Prämienerrhöhung, Zurückstellung oder Ablehnung des Antrages). Die Klägerin verneinte diese Frage (Urk. 7/1/2 S. 2). Diese Antwort entsprach indessen nicht den Tatsachen. Mit Schreiben vom 30. September 2015 erklärte die Assura AG, vormalige Krankenversicherung der Klägerin, einen Antrag der selben um Aufnahme in die Zusatzversicherung, abgelehnt zu haben (Urk. 7/7; vgl. auch Urk. 2/20).

Am 9. November 2015 richtete die Klägerin eine Eingabe an die Ombudsstelle der Krankenversicherer (Urk. 7/10/1) und legte dieser eine selber verfasste Sachverhaltsdarstellung bei (Urk. 7/10/2). Darin hielt sie fest, am 15. Oktober 2015 habe die Beklagte ihren Entscheid damit begründet, sie (die Klägerin) habe die Frage Nr. 1 im Antragsformular falsch beantwortet, was zutrefte, ihr aber leider nicht bewusst gewesen sei, da sie vergessen habe, bei der vorhergehenden Krankenkasse Assura einen Antrag auf Zusatzversicherung gestellt zu haben, der in der Folge abgelehnt worden sei. Sie habe diesbezüglich keine Dokumente, aber gemäss den Telefonaten mit der Assura habe sich

dies bestätigt.

Die tatsachenwidrige Beantwortung der Frage im Antragsformular steht damit fest.

E. 3.3

Gefahrstatsachen im Sinne des Art.

E. 4

VVG sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten (BGE 134 III 511 E. 3.3.2). Die Nichtannahme eines auf eine gleichartige Versicherung gerichteten Antrages stellt rechtsprechungsgemäss eine solche Gefahrstatsache dar (BGE 120 II 266). Indem die Klägerin die Ablehnung der Höherversicherung ihrer Zusatzversicherungen beim vormaligen Krankenversicherer verschwiegen, ist ihr eine Verletzung der Anzeigepflicht vorzuwerfen. Inwiefern die Klägerin daran ein Verschulden trifft, ist unerheblich (Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Nachführungsband, Basel 2012, Art. 4 ad N 26).

E. 4.1

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. 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 (Art. 6 Abs. 2 VVG). Bei der genannten Frist handelt es sich um eine Verwirkungsfrist (BGE 116 V 218 E. 6a).

E. 4.2

Am 15. Oktober 2015 erklärte die Beklagte den Rücktritt vom Vertrag aufgrund der festgestellten Verletzung der Anzeigepflicht (Urk. 7/8). Die Klägerin macht geltend, der Vertragsrücktritt mit diesem Schreiben sei nach Ablauf von vier Wochen seit der Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung am 15. September 2015 und damit verspätet erfolgt respektive bei ihr eingetroffen (Urk. 1 S. 8).

E. 4.3

Nach der telefonischen Auskunft der Assura vom 15. September 2015 ersuchte die Beklagte diese mit Schreiben vom 17. September 2015 (Urk. 2/19) um eine schriftliche Bestätigung der Ablehnung betreffend eine Höherversicherung der Klägerin und wies auf die von der Klägerin im Versicherungsantrag erteilte Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht hin (vgl.

Urk. 7/1/2 S. 3). Mit Schreiben vom 30. September 2015 bestätigte die Assura, den Antrag der Klägerin auf Aufnahme in die Zusatzversicherung abgelehnt zu haben (Urk. 7/7).

Nach der Rechtsprechung beginnt die Frist, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt (BGE 130 V 9 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Es ist der Beklagten nicht vorzuwerfen, dass sie zwecks Nachweises der Anzeigepflichtverletzung zunächst die

schriftliche Bestätigung der Assura abwartete. Erst diese vermittelte ihr eine zuverlässige Bestätigung der Anzeigepflichtverletzung.

E. 4.4

Gegen die Kündigung vom 15. Oktober 2015 opponierte die Klägerin mittels Eingabe vom 26. Oktober 2015 an die Beklagte (Urk. 7/9). Damit steht fest, dass ihr zuvor das Schreiben der Beklagten vom 15. Oktober 2015 (Urk. 7/8) zugegangen war. Am 26. Oktober 2015 waren seit Erteilung der schriftlichen Auskunft der Assura vom 30. September 2015 noch keine vier Wochen verstrichen. Die Beklagte hat den Rücktritt bzw. die Kündigung aufgrund der Anzeigepflichtverletzung somit innert Frist erklärt. Die fristgemässe Berufung auf die Anzeigepflichtverletzung verstösst nicht gegen Treu und Glauben (Art. 25 OR), auch wenn die Beklagte zunächst Willensmängel beim Vertragsabschluss geltend gemacht hatte. Insbesondere liegt keiner der in Art. 8 VVG genannten Gründe für den Nichteintritt der Folgen der verletzten Anzeigepflicht vor. Die Anzeigepflichtverletzung steht objektiv fest und eine Berufung darauf ist kumulativ zu anderen Vertragsmängeln möglich. Dies tat die Beklagte, sobald sie davon zuverlässige Kenntnis erlangt hatte.

E. 5

Folge der Kündigung nach Art. 6 Abs. 1 VVG ist eine Vertragsauflösung ex nunc. Ein Dahinfallen des Vertrages ex tunc kommt gemäss Abs. 3 der Bestimmung in Betracht, wenn bereits eingetretene Schäden durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden sind (vgl. Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Nachführungsband, Basel 2012, Art. 4 ad N 31/32). Wie es sich damit im Zusammenhang mit den von der Beklagten im Rücktrittschreiben vom 18. August 2015 erwähnten gewährten Leistungen verhält, ist offen (vgl. Urk. 7/4/1). Nähere Ausführungen und oder Anträge dazu machte respektive stellte keine der Parteien. Ebenso liegen keine Anträge hinsichtlich der von der Klägerin bezahlten Prämien vor, deren Rückzahlung die Beklagte der Klägerin jedoch zusicherte (vgl. Urk. 7/4/1).

Das Gericht kann der klagenden Partei im Zivilprozess nicht mehr und nichts anderes zusprechen als sie verlangt. Die Klägerin verlangt die Weiter- respektive Wiederversicherung in der Zusatzversicherung und Gewährung der damit verbundenen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Blick auf die vorstehenden Überlegungen (E. 3 u. 4) kann diesem Antrag nicht entsprochen werden und ist die Klage abzuweisen. Die Vertragskündigung Mitte Oktober 2015 aufgrund der Anzeigepflichtverletzung erfolgte zu Recht. Die Wiederaufnahme in die Zusatzversicherung fällt damit ausser Betracht. Soweit die Klägerin rückwirkend die Abrechnung und Auszahlung von Leistungen fordert, blieb die Klage unbestimmt (Urk. 1 S. 8 f.). Sie liess es in beiden ihrer Rechtsschriften offen, welchen Betrag sie einfordern will und welche Leistungen nicht oder noch nicht abgerechnet respektive ausbezahlt wurden. Auf die Klage ist somit in dieser Hinsicht nicht einzutreten. Bei dieser Sachlage ist auf die übrigen geltend gemachten Gründe für die Vertragsauflösung nicht einzugehen.

E. 6

Ausgangsgemäss ist Rechtsanwalt André Largier, Zürich, für seine Bemühungen als unentgeltlicher Rechtsvertreter im Klageverfahren

aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Am 30. November 2017 reichte er eine Aufstellung seines Aufwands ein (Urk. 22). Insgesamt machte er einen zeitlichen Aufwand von 18,4 Stunden geltend. Es fällt auf, dass er für die Ausarbeitung der Klageschrift 6,1 Stunden, für die Redaktion der Eingabe vom 17. Oktober 2016 2,7 Stunden und für das Studium des Urteils und dessen Besprechung mit der Klientin 2 Stunden aufgeführt hat. Angesichtes des Umfangs der beiden Rechtsschriften und – was den Aufwand für Studium und Besprechung des Urteils betrifft – demjenigen des vorliegenden Urteils sowie unter Berücksichtigung des in dieser Streitsache objektiv gerechtfertigten Aufwandes erweist sich eine Entschädigung für den Aufwand von insgesamt 13,4 Stunden als angemessen. Dies ergibt aus gehend vom praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- eine Entschädigung von

Fr. 3'184.-- (inkl. Mehrwertsteuer). Hinzu kommen die Barauslagen von Fr. 117.-- zuzüglich Mehrwertsteuer. Gerichtskosten sind keine zu erheben. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO). Das Gericht erkennt:

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