

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00038

vom 14. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2018.00038

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00038 du 14 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00038 del 14 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Y.____, geboren am 27.

April 2012, wurde durch seinen Vater, X.____, bei der Sanitas Grundversicherungen AG obligatorisch krankenpflege versichert. Der Vater des Versicherten liess sich am 11.

Oktober 2016 durch die Sanitas Privatversicherungen AG (nachfolgend: Sanitas) den Abschluss der Zusatzversicherung « Hospit al Top Liberty» offerieren (Urk. 7/2) und füllte gleichen tags den Gesundheitsfragebogen aus (Urk. 7/3). Mit Schreiben vom 31. Oktober 2016 erkundigte sich die Sanitas aufgrund der Gesundheitsdeklaration vom 11. Oktober 2016 nach verschiedenen früher stattgefundenen Behandlungen und ersuchte um eine Ergänzung der Gesundheitserklärung (Urk.

7 /4). Diese Ergänzung sei am 21. November 2016 bei der Beklagten eingegangen (Urk.

E. 1.1

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG 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).

E. 1.2

Die für das Sozialversicherungsgericht verbindliche Regelung der örtlichen Zuständigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung findet sich in Art. 32 ZPO. Demnach ist bei Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen für Klagen der Konsumentin oder des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit . a ZPO). Die Beklagte hat ihren Sitz im Kanton Zürich; damit ist auch die örtliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich gegeben.

E. 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. 1.4

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertrag inhaltlich richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB; Michael Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg, 1999, S. 23 N 71; vgl. auch Alfred Maurer, Schweizerisches Privatrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 150 f.). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

E. 1.5.1

Der Antragsteller hat dem Versicherer gemäss Art. 4 Abs. 1 VVG 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 (Art. 4 Abs. 2 VVG).

Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Art. 4 Abs. 3 VVG).

Nach der Rechtsprechung sind Gefahrstatsachen im Sinne des Art. 4 VVG 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. Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist indes keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 134 III 511 E. 3.3.2; 116 II 338 E. 1a je mit Hinweisen).

E. 1.5.2

Gemäss Art. 14 Abs. 5 AVB (vgl. Urk. 2/7 S. 6) sowie Art. 6 Abs. 1 VVG ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen, wenn 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 hat. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Nach der Rechtsprechung muss die Kündigungserklärung, um beachtlich zu sein, ausführlich («de façon

eines versicherten Ereignisses steht nicht zur Diskussion, da der Sohn des Klägers aufgrund der verweigerten Kostengutsprache im Herbst 2017 auf der allgemeinen Abteilung hospitalisiert wurde (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 4). Eine Leistungsklage scheitert somit aus. Über den Fortbestand der Zusatzversicherungsverträge besteht Ungewissheit. Bereits ab einem Betrag von ein paar 100 Franken ist nicht mehr von einem «Bagatellbetrag» und dementsprechend von einer unzumutbaren Ungewissheit hinsichtlich der wirtschaftlichen Entscheidungsfreiheit auszugehen (Weber, a.a.O., Art. 88 Rz 14). Sodann ist es dem Kläger nicht zumutbar, mit der Klärung der Rechtslage zuzuwarten, bis das versicherte Risiko (erneut) eingetreten ist und demzufolge die vertraglichen Leistungen eingeklagt werden können. Das Feststellungsbegehren ist folglich zulässig, weshalb auf die Klage einzutreten ist (vgl. auch das Urteil des Sozialversicherungsgerichts KK.2015.00004 vom 19. August 2016 E. 2 und KK.2008.00012 vom 9. November 20

E. 6

S. 5).

Nachdem sich der Vater des Versicherten zwischenzeitlich zusätzlich eine Zusatzversicherung «Dental» für seinen Sohn hatte offerieren lassen (Offerte vom 24. Oktober 2016, Urk. 7/5) und eine

weitere Gesundheitserklärung vom 31. Oktober 2016 ein gereicht hatte (Urk.

E. 6.1

In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob die Beklagte den Versicherungsvertrag rechtzeitig gekündigt hat.

E. 6.2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG erlischt das Kündigungsrecht vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (vgl. dazu bereits vorstehend E. 1.5.2).

Bei der Kündigungsfrist nach Art. 6 Abs. 2 VVG handelt es sich um eine Verwirklichungsfrist, deren Einhaltung der Versicherer zu beweisen hat (BGE 118 II 333 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 4A_1 50/2015 vom 29. Oktober 2015 E.

E. 6.3

Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 1. November 2017 (Urk. 7/8) mit, er habe die Frage nach gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen beziehungsweise erlittenen Unfällen in den letzten fünf Jahren nicht korrekt ausgefüllt, da gemäss ärztlichem Rapport beim Versicherten am 6. September 2016 ein Paukenerguss rechts diagnostiziert worden sei. Daher werde die Zusatzversicherung «Hospital Liberty Top» per 2. November 2017 gekündigt, wobei die Offerte eines neuen Vertrages geprüft werde.

E. 6.4

Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, massgebend für den Beginn der vierwöchigen Verwirklichungsfrist sei der Zeitpunkt des Einganges der Rechnung von

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.1).

Nach Angabe der Beklagten ging die Rechnung von Dr. Z.____ vom 14. November 2016 am 15. November 2016 bei ihr ein (vgl. vorstehend E. 4.3). Rechtsprechungs gemäss beginnt die Verwirklichungsfrist jedoch erst zu laufen, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von

den Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf eine Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt. Aus den vorliegenden Angaben in der Rechnung vom 14. November 2016 kann zwar vermutet werden, dass die Anzeigepflicht verletzt wurde, da der Kläger in der Gesundheitserklärung keine ärztlichen Behandlungen im Zusammenhang mit den Ohren deklariert hatte. Eine blosser Vermutung genügt jedoch wie dargelegt nicht (vgl. vorstehend E. 6.2). Rechnungen vermögen zwar Misstrauen über die richtige Ausfüllung des Fragebogens im Antragsformular zu erwecken, setzen den Versicherer aber nicht von der Anzeigepflichtverletzung in Kenntnis (Nef, in: Basler Kommentar zum VVG, 2001, Art. 6 N 23 S. 138).

Damit kann die Frage, ob die Beklagte über rechtlich relevante Kenntnis eines Sachverhalts verfügt, wenn das betreffende Wissen (im vorliegenden Fall die Rechnung vom 14. November 2016) bei der Sanitas Grundversicherungen AG abrufbar ist, offengelassen werden. Denn ein en sicheren Schluss auf die Verletzung der Anzeigepflicht konnte die Beklagte frühestens aufgrund der am 27. Oktober 2017 eingegangenen Antworten von Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 4.5) ziehen. Die vier wöchige Frist begann somit am 27. Oktober 2017 zu laufen, wodurch die Kündigung vom 1. November 2017 jedenfalls rechtzeitig war.

E. 6.5

Die Kündigung erfolgte sodann unter Berücksichtigung der Formvorschriften von Art. 6 VVG (einfache Schriftlichkeit) sowie rechtskonform unter Hinweis auf die verschwiegene Gefahrstatsache (BGE 129 III 713 E. 2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_376/2014 vom 27. April 2015 E. 2.3.1). Insbesondere lag keiner der in Art. 8 VVG genannten Gründe für ein Nichteintreten der Folgen der verletzten Anzeigepflicht vor (vgl. vorstehend E. 1.5.3), womit die ausgesprochene Kündigung rechtswirksam erfolgte.

Das Gericht kann der klagenden Partei im Zivilprozess nicht mehr und nichts Anderes zusprechen als sie verlangt. Der Kläger verlangt die Weiterversicherung in der Zusatzversicherung und Gewährung der damit verbundenen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Blick auf die vorstehenden Überlegungen (E. 5.1 ff. und 6.1 ff.) kann diesem Antrag nicht entsprochen werden, die Klage ist abzuweisen. 7.

Die Beklagte wurde nicht durch einen externen Anwalt vertreten. Sie hat somit praxismässig - mangels eines besonderen Aufwandes (vgl. BGE 110 V 72 E. 7) - keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_355/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 4.2). Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sanitas - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VogelFonti

E. 7

/6), stellte die Sanitas am 24. November 2016 die Policen für die Versicherungen « Hospital Top Liberty » und « Dental » aus (Urk. 7/7).

Am 1. November 2017 kündigte die Sanitas die Zusatzversicherung « Hospital Top Liberty » wegen Anzeigepflichtverletzung (Urk. 7/8). Mit Offerte vom 21. November 2017 bot sie dem Vater des Versicherten die Versicherung « Hospital Top Liberty » mit einem Vorbehalt an (Urk. 7/10). Damit erklärte sich der Vater des Versicherten mit diversen Schreiben nicht einverstanden (Urk. 2/12-14). 2.

Mit Eingabe vom 31. Oktober 2018 erhob der Vater von Y.____ als Versicherungsnehmer Klage gegen die Sanitas Privatversicherungen AG mit dem Rechtsbegehren:

«Es sei festzustellen, dass die Zusatzversicherung «Hospital Top Liberty» für Y.____ , geb. 27. April 2012, Police Nr. «...» (Leistungen für Aufenthalt in Privatabteilung etc.) nicht aufgehoben wurde und dass demnach sämtliche Rechte und Pflichten der Parteien aus diesem Vertrag weiterbestehen;

Unter Entschädigungsfolgen (zuzüglich MWSt) zu Lasten der Beklagten.»

Mit Klageantwort vom 21. November 2018 beantragte die Sanitas die Abweisung der Klage (Urk. 6). Auf telefonische Nachfrage (Urk. 9) reichte die Sanitas am 9. April 2019 (Urk. 10) weitere Unterlagen ein (Urk. 11/1-2). Der Kläger hielt mit Replik vom 21.

Mai 2019 (Urk. 15) an seinem Antrag fest, ebenso die Beklagte mit Duplik vom 7. Juni 2019 (Urk. 18), was dem Kläger am 13. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 09

E. 2.3). 3.

3.1

Der Kläger macht e klageweise geltend (Urk. 1), er habe es im Fragebogen zum Antrag für die Versicherung «Hospital Top Liberty» unterlassen, auf den Paukenerguss seines Sohnes hinzuweisen. Da es sich dabei jedoch um eine geringfügige Gesundheitsstörung handle, habe diese im Fragebogen nicht erwähnt werden müssen . Indem er die Bagatellerkrankung nicht aufgeführt habe, habe er seine Anzeigepflicht nicht verletzt. Er habe im Zeitpunkt der Vertragsverhandlungen nicht ahnen können, dass ein Jahr später ein operativer Eingriff nötig werden würde (S. 6 Ziff. III.1).

Zudem sei die Behandlung wegen des Paukenergusses vom September 2016 der Sanitas Grundversicherungen AG vom behandelnden Arzt im November 2016 in Rechnung gestellt worden. Die Sanitas Grundversicherungen AG sei gemäss AVB Durchführungsstelle der Zusatzversicherungen der Beklagten. Wenn die Sanitas Grundversicherungen AG von der

Behandlung vom September 2016 Kenntnis gehabt habe, so gelte dies auch für die Beklagte. Die vierwöchige Kündigungsfrist sei im Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages im November 2017 somit längst abgelaufen gewesen, weshalb diese verspätet erfolgt und nicht mehr zulässig gewesen sei. Demnach bestehe der Vertrag auch heute noch mit sämtlichen Rechten und Pflichten der Parteien (S. 6 Ziff. III.2 ; vgl. auch Urk. 15 S. 3 zu Ziff. 23 und 26).

Weiter sei es entgegen der Behauptung der Beklagten nicht zutreffend , dass bereits im Herbst 2016 festgestanden sei, dass sich der Versicherte einer operativen Behandlung werde unterziehen müssen (Urk. 15 S. 2 sowie S. 4 zu Ziff. 28). 3.2

Demgegenüber machte die Beklagte geltend (Urk. 6) , die Einrede des Klägers, wonach « geringfügige Gesundheitsstörungen» nicht deklariert werden müssten, sei nicht zu teilen. Ohnehin würde es sich bei einem Paukenerguss um keine Bagatellerkrankung handeln (S. 8 f. Ziff. 29). Der Kläger habe Konsultationen bei verschiedenen Ärzten und Spitälern verschwiegen . Daher sei er am 31. Oktober 2016 (vgl. S. 3 Ziff. 7) aufgefordert worden, die Gesundheitsdeklaration zum Antrag «Hospital Top Liberty» nochmals zu überarbeiten. Der Kläger habe in der Folge die Antworten eingereicht im Wissen, dass die Beklagte im Zeitpunkt ihres Schreibens vom 31.

Oktober 2016 noch keine Kenntnis von der Rechnung von Dr. Z.____ gehabt habe und diese Behandlung entsprechend auch nicht in der Liste der aufgefallenen Behandlungen habe aufführen können . Er habe ein weiteres Mal in keiner Art und Weise über die anstehende Operation informiert (S. 6 f. Ziff. 22).

Der Rechnungsbetrag von Fr. 477.10 sei nicht besonders auffällig gewesen und habe keine Rückschlüsse auf eine geplante Operation gegeben (S. 7 f. Ziff. 24 und 27).

Der Beklagten sei der Umstand, dass die Operation tatsächlich bereits im September 2016 besprochen worden und geplant gewesen sei, frühestens nach der Arztauskunft vom 7. November 2017 bekannt gewesen. Die Kündigung beziehungsweise das Angebot, die Police mit dem Vorbehalt weiterzuführen, sei demnach innert der in Art. 6 Abs. 2 VVG vorgesehenen Frist von vier Wochen erfolgt (S. 8 Ziff. 28).

Sodann könne das Wissen im Verhältnis Mutter-/Tochtergesellschaften beziehungsweise zwischen Schwesterngesellschaften grundsätzlich nicht angerechnet werden. Gleiches gelte nach eigenem Verständnis auch für zwei Versicherungssparten im gleichen Unternehmen (KVG/VVG). Es gelte das Trennungsprinzip (S. 7 f. Ziff. 26). Die Rechnung vom 14. November 2016 von Dr. Z.____ sei am 15.

November 2016 bei der Beklagten eingegangen und automatisiert abgerechnet worden (S. 5 Ziff.

15).

An diesen Ausführungen hielt die Beklagte mit Duplik fest (vgl. Urk. 18). 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Kündigung der Zusatzversicherung «Hospital Top Liberty» durch die Beklagte wegen Verletzung der Anzeigepflicht rechtens war. 4. 4.1

Am 11.

Oktober 2016 füllte der Kläger die Gesundheitsdeklaration (Urk.

7/3) zur von der Beklagten offerierten Zusatzversicherung «Hospital Top Liberty» (Urk. 7/2) aus. Als Ärztin, welche über den Gesundheitszustand informiert sei, nannte er Dr. med.

A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (S. 2 Ziff.

1). Der Kläger verneinte die Frage, ob der Versicherte in den vergangenen fünf Jahren an einem gesundheitlichen Problem oder einer Krankheit gelitten oder einen Unfall erlitten habe. Auf dem Formular

waren einige Beispiele möglicher gesundheitlicher Probleme aufgezählt, welche von dieser Frage erfasst sind, wie unter anderem auch «maladies

infectieuses des organes

sensoriels (yeux , oreilles , nez)»

(Ziff. 2). Die Frage, ob eine Behandlung, eine Therapie, eine Operation, eine Untersuchung oder Kontrolluntersuchung vorgesehen oder empfohlen sei durch einen Arzt, verneinte der Kläger ebenfalls (Ziff. 7). 4.2

Mit Schreiben vom 31.

Oktober 2016 forderte die Beklagte den Kläger auf, die Behandlung vom 4. Juli 2016 im B.____, jene vom 29. Januar 2016 bei Dr. A.____ sowie jene vom 6. bis 8. Mai 2014 im B.____ näher zu deklarieren (Urk. 7/4).

Der Kläger füllte daraufhin Seite 3 der Gesundheitsdeklaration (« Questionnaire de santé II») aus (vgl. Urk. 7/3). Eine neue Datierung der Gesundheitsdeklaration erfolgte nicht. Die ergänzte Deklaration ging unbestrittenermassen am 21. November 2016 bei der Beklagten ein (vgl. Urk. 6 S. 5 Ziff. 16 , Urk. 15 S. 2). 4.3

Einer nach Angaben der Beklagten am 15. November

2016 (vgl. Urk. 6 S. 5 Ziff. 15) bei dieser eingegangenen Rechnung vom 14. November

2016 von Dr. Z.____ ist zu entnehmen, dass am 6. September 2016 sowie am 5. Oktober 2016 je eine Konsultation bei letzterem erfolgt war . Der Gesamtbetrag von Fr. 477.10 wurde für folgende Leistungen in Rechnung gestellt (Urk. 7/1): - konsiliarische Beratung durch den Facharzt - Untersuchung durch den Facharzt ORL - Untersuchung mit Ohrmikroskop beim Kind bis 7 Jahre - zwei Mal Reintonaudiogramm, Luftleitung, pro Seite - zwei Mal Zuschlag beim Kind bis 7 Jahre bei Reintonaudiogramm, Luftleitung, pro Seite - zwei Mal Tympanometrie , pro Seite 4.4

Am 24. November 2016 stellte die Beklagte unter anderem die Police für die Zusatzversicherung «Hospital Liberty Top» aus (Urk.

7/7). 4.5

Um den Anspruch auf Versicherungsleistungen betreffend Zusatzversicherung beurteilen zu können, bat die Beklagte Dr. Z.____ mit Schreiben vom 17. Oktober 2017 (Urk. 11/1) beziehungsweise beigelegtem Fragebogen (Urk. 11/2) um eine ärztliche Auskunft, welche Dr. Z.____ mit Bericht vom 24. Oktober 2017 erstattete (Urk. 2/4). 4.6

Mit Schreiben vom 1. November 2017 kündigte die Beklagte die Versicherung «Hospital Liberty Top» per 2. November 2017 infolge Verletzung der Anzeigepflicht (vgl. Urk. 7/8).

4.7

Dr. A.____ füllte am 7. November 2017 zu Handen der Beklagten eine ärztliche Auskunft aus (Urk. 7/9). Unter anderem führte sie aus, beim Versicherten sei am 6. September 2016 durch Dr. Z.____ eine Adenoidhyperplasie diagnostiziert worden. Eine Operation sei geplant (Ziff. 1). Zukünftig sei mit einer Adenotomie mit Paukendrainage (November 2017) zu rechnen (Ziff. 4). 4.8

Mit Schreiben vom 21. November 2017 offerierte die Beklagte dem Kläger den Abschluss einer ab 1. November 2017 gültigen Zusatzversicherung «Hospital Liberty Top» mit Vorbehalten (Urk. 7/10). 5. 5.1

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob der Kläger seine Anzeigepflicht verletzt hat.

Der Kläger bestreitet nicht, dass er die Behandlungen bei Dr. Z.____ am 6. September 2016 und 5. Oktober 2016 aufgrund einer Ohrproblematik des Versicherten

nicht angegeben hat. Er macht geltend, der diagnostizierte Paukenerguss sei eine geringfügige Gesundheitsstörung beziehungsweise eine Bagatellerkrankung, welche nicht deklariert werden müsse (vgl. vorstehend E. 3.1). 5.2

Vorliegend hat die Beklagte dem Kläger präzise Gesundheitsfragen gestellt, welche vom Kläger beantwortet wurden. Die Beklagte hat auf Seite 2 des Gesundheitsfragebogens (« Questionnaire de santé I») unter Ziffer 2 nach Gesundheitsstörungen (trouble de la santé) oder Krankheiten in den letzten fünf Jahren gefragt (Urk. 7/3). Mit Blick auf die genannten Beispiele geht daraus insgesamt hervor, dass alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Krankheitswert aufweisen, anzugeben sind. Auf Seite 3 des Gesundheitsfragebogens (« Questionnaire de santé II ») wird explizit um Angabe zu «type de troubles / maladie / accident / diagnostic » gebeten (Urk. 7/3). Entsprechend mussten vom Kläger sämtliche gesundheitlichen Störungen und Beschwerden aufgeführt werden.

Dies hätte dem Kläger spätestens aufgrund der Nachfrage der Beklagten vom 31. Oktober 2016 (vgl. vorstehend E. 4.2) auffallen müssen: Die daraufhin näher deklarierten Behandlungen vom 6. bis 8. Mai 2014 (gastroenterologisches Problem , welche eine Infusion erforderte), vom 29. Januar 2016 (Konsultation wegen Grippe) sowie vom 4. Juli 2016 (Konsultation wegen Aphten auf der Zunge; vgl. Urk. 7/3 S. 3) sind allesamt als bei Kindern übliche Erkrankungen zu verstehen, bei welchen nach einigen Tagen mit einer Genesung zu rechnen ist. Es ist daher nicht einzusehen, weshalb die Konsultationen vom 6. September 2016 und 5.

Oktober 2016 bei Dr. Z.____ , welche wegen der vom Kläger selbst als «Bagatell erkrankung» bezeichneten Ohrproblematik erfolgt waren und somit selbst aus seiner Sicht vergleichbar sind mit denjenigen ärztlichen Behandlungen, zu welchen die Beklagte mangels Angaben Nachfragen stellte, nicht deklariert wurden. Ob es sich in diesem Zeitpunkt dabei tatsächlich um eine «Bagatellerkrankung» handelte, kann offenbleiben, da bei Ohrenbeschwerden eines vierjährigen Kindes eine zweimalige Untersuchung beim Ohrenspezialisten (und nicht lediglich beim Kinderarzt) bereits eine deklarationspflichtige Gesundheitsstörung von Krankheitswert nahelegt und nicht mehr von einer geringfügigen Gesundheitsstörung (vgl. Hinweis des Klägers [Urk. 1 S. 5 Ziff. II.1] auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_199/2008 vom 19. November 2008 E. 3.1.4) auszugehen war. Eine Deklaration hätte zudem bereits deshalb erfolgen müssen, da die Beklagte explizit nach Beschwerden im Zusammenhang mit den Ohren fragte (vgl. vorstehend E. 1.5.1 sowie E.

4.1). 5.3

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass der Kläger seine Anzeigepflicht verletzt hat, indem er die gesundheitlichen Beschwerden, welche zu den Konsultationen vom 6. September 2016 und 5. Oktober 2016 bei Dr. Z. ___ geführt haben, nicht angegeben hat te . 6.

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