

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00038

vom 27. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2021.00038

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00038 du 27 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00038 del 27 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

2. August 2019 (Eingangsdatum 13. August 2019) bei der Concordia Versicherungen AG (nach folgend Concordia) einen Antrag auf Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie einen Antrag auf Aufnahme in Zusatzversicherungen für X.____ ein (vgl. Urk. 6/1). Gleichzeitig stellten sie der Concordia die ebenfalls am 12. August 2019 datierte Gesundheitserklärung zu (Urk. 6/1 S. 3-9 des Antrags auf Aufnahme in die Zusatzversicherungen). Gemäss Versicherungspolice vom 28. September 2019 wurde X.____ daraufhin von der Concordia ab 1. Januar 2020 in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie in Zusatzversicherungen (DIVERSA plus, NATURA, Spitalversicherung PRIVAT, Zahnpflegeversicherung) nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) aufgenommen (Urk. 6/5).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Versicherungsvertragsgesetz (nVVG) in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung in Art. 103a nVVG gelten für Verträge, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 abgeschlossen worden sind, die folgenden Bestimmungen des neuen Rechts: die Formvorschriften (lit. a) und das Kündigungsrecht nach den Artikeln 35a und 35b nVVG (lit. b). Alle anderen Bestimmungen gelten lediglich für neu abgeschlossene Verträge (vgl. die Botschaft zur Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes vom 28. Juni 2017, BBl 2017 5089 ff., 5136; vgl. auch Stephan Fuhrer, Deutliche Verbesserungen für die Kunden von Versicherungen, in: Plädoyer 2/2021, S. 40 ff., S. 49).

Der Versicherungsvertrag, welcher der vorliegenden Streitsache zugrunde liegt, wurde vor dem Inkrafttreten des revidierten Versicherungsvertragsgesetzes abgeschlossen. Damit gelangen abgesehen von den Formvorschriften und dem Kündigungsrecht die Bestimmungen des VVG zur Anwendung, wie sie bis Ende 2021 gegolten haben. Sie werden daher nachfolgend, soweit nichts anderes vermerkt ist, in der bis Ende 2021 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 1.2

Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Sie sind privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 2 E. 1.1).

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zuständig (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; BGE 138 III 2 E. 1.2.2), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO).

E. 1.3

Gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO werden Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO beurteilt. Gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO stellt das Gericht im Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG den Sachverhalt von Amtes wegen fest.

Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidungswesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Das Gericht ist im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO lediglich einer erhöhten Fragepflicht unterworfen. Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien den Stoff selbst beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zu Hilfe, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei durch einen Anwalt vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (BGE 141 III 569 E. 2.3.1-2.3.3; Urteil des Bundesgerichts 4A_702/2016 vom 23. März 2017 E. 3.1).

E. 1.4

Gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (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. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (BGE 128 III 271 E. 2a/aa). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags. Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur «Begründung des Versicherungsanspruches» (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (beispielsweise wegen schuldhafter Herbeiführung des befürchteten Ereignisses: Art. 14 VVG) oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (z.B. wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruches: Art. 40 VVG). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr

eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 148 III 105 E. 3.1; BGE 130 III 321 E. 3.1). 2.

E. 2

1. Januar 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Kündigung der die Klägerin betreffenden DIVERSA plus und Zahnpflegeversicherung begründete die Beklagte mit einer Anzeige pflichtverletzung der Klägerin beziehungsweise der Mutter Y.____

beim Vertragsabschluss. Sie macht es im Wesentlichen geltend, die Gesundheitsfragen 11a und 11b im Versicherungsantrag seien nachweislich falsch beantwortet und der Versicherungsantrag eigenhändig unterzeichnet worden (Urk. 2/6; Urk.

E. 2.2

Die Klägerin machte sodann in erster Linie geltend (Urk. 1), ein – offenbar ehemaliger und nicht mehr im Unternehmen der Beklagten tätiger – Verkaufsberater, D.____, habe mehrfach und hartnäckig versucht, mit Y.____ und Z.____ (Eltern der Klägerin) einen Termin zu vereinbaren, um die Familienmitglieder zu einem Versicherungswechsel von der Helsana zur Beklagten zu bewegen. Nach mehrfacher Kundgebung über das Nichtvorhandensein eines Interesses sei schliesslich mit D.____ ein Termin für den 12. August 2019 vereinbart worden (S. 3).

D.____ habe sie anlässlich des Termins, der telefonischen Nachgespräche sowie der im Nachhinein geführten elektronischen Korrespondenz trotz ihrer Bedenken und Zweifel zu einem Versicherungswechsel zu überreden vermocht. Ihrerseits habe es zunächst noch Vorbehalte gegeben. Ohne die Zusicherung von D.____ für vorbehaltlos sämtliche Versicherungsleistungen hätte keinesfalls ein Versicherungswechsel stattgefunden (S. 4). Es sei festzuhalten, dass dem Verkaufsberater sämtliche gewünschten und darüber hinausgehenden Auskünfte wahrheitsgemäss und vollständig mitgeteilt worden seien. Es widerspreche jeglicher Plausibilität, dass dem aufgrund der im damaligen Zeitpunkt bestandenen Versicherungssituation nicht so gewesen sein soll. Eine nicht wahrheitsgetreue oder unvollständige Deklaration hätte ihnen keinen Vorteil gebracht. D.____ habe sämtliche Angaben der Eltern der Klägerin zur Kenntnis genommen und auch Notizen gemacht. Dabei hätten insbesondere auch die Zähne aller ihrer Kinder Thema gebildet. Mehrfach nachgefragt, ob alles seine Richtigkeit habe, habe D.____ immer wieder bestätigt, dass sein Vorgehen der Praxis entspreche und es ihm vereinfache, anschliessend die entsprechenden Angaben im EDV-System zu verarbeiten. Es sei ihnen garantiert worden, dass die wahrheitsgemässen und vollständigen Angaben dem in Aussicht gestellten Versicherungspaket nicht entgegenstünden (S. 6 f.). Es sei wohl richtig, dass in der E-Mail vom 20. Oktober 2021 die Unterschrift auf Seite 5 der Gesundheitserklärung noch nicht in Frage gestellt worden sei. Die Unterschrift entspreche auf den ersten Anblick derjenigen von Y.____. Ob sie aber auf dem entsprechenden Dokument angebracht worden sei, könne nicht mehr mit Gewissheit eruiert werden. Es würden sowohl die Echtheit als auch der Inhalt der Dokumente bestritten. Gemäss Schreiben der Beklagten vom 9. November 2021 (vgl. Urk. 2/7/6) lägen die Dokumente im Original nicht mehr vor (S. 8).

Es treffe zu, dass am 12. August 2019 von Y.____ wie auch Z.____ auf verschiedenen Dokumenten im Hinblick auf einen allfälligen Versicherungsabschluss Unterschriften

getätigt worden seien.

Es seien am 12. August 2019 verschiedene Dokumente noch gar nicht vollständig ausgefüllt oder korrigiert gewesen. Unter Schriften seien aber im Vertrauen auf eine wahrheitsgemässe Komplettierung der Dokumente geleistet worden. Dass es sich um jene Unterschriften handle, die sich nunmehr auf den vorgenannten Versicherungsanträgen befänden, könne nicht bestätigt werden und werde bestritten (S. 9). Sodann sei hinsichtlich Seite 6 im Antrag zu bemerken, dass eine entsprechende Bestätigung vor dem Vorliegen des zahnärztlichen Attests absolut keinen Sinn mache. Die Kreuze seien folglich im Nachhinein getätigt worden. Es werde bestritten, dass es sich bei den Unterschriften auf den Seiten 3, 6 und 9 um solche von Y.____ handle (S. 10). Sollte wider Erwarten von der Echtheit der Unterschriften von Y.____ und der Richtigkeit der darin verbrieften Angaben ausgegangen werden, so sei auf die Unvorsichtigkeit von D.____ einzugehen. Es sei vor und bei Vertragsabschluss bekannt gewesen, dass sich bei X.____ zahntechnisch etwas anbahnen könnte. Dies sei D.____ wahrheitsgemäss und mit aller Deutlichkeit offengelegt worden. D.____ habe darauf hingewiesen, dass das ledigliche Anbahnen an sich keiner Deklaration bedürfe (S. 13).

In der Replik machte die Klägerin sodann geltend (Urk. 12), ihre erste Konsultation bei Dr. A.____ habe im Jahre 2020 stattgefunden. Vor dieser Konsultation sei sie in Bezug auf ihre Zähne, abgesehen von einem Unfall, in keiner zahnärztlichen Behandlung gewesen, sondern habe lediglich die von der Schule initiierte alljährliche Zahnkontrolle besucht. Erst bei der Erstkonsultation bei Dr. A.____ habe sich eine tatsächlich notwendige – und im Übrigen eine andere als bisher allenfalls kundgegebene – Zahnbehandlung konkretisiert.

Richtig sei hingegen, dass sich die Anbahnung eines allfälligen Handlungsbedarfs vor Versicherungsabschluss als nicht unwahrscheinlich gezeigt habe. Zu erwähnen sei weiter, dass Dr. C.____ in ihren Angaben vom 5. Oktober 2021 nur vom Hörensagen berichte. Nach dem Wissen von Seiten der Klägerin sei Dr. C.____ mit Ausnahme des Jahres 2016 bei keiner weiteren der alljährlichen Zahnkontrollen persönlich anwesend gewesen (S. 9). Dass die Klägerin und deren Eltern seit dem Jahr 2017 über das Bestehen einer Zahn- oder Kieferfehlstellung wissen würden, stehe denn auch der zahnärztlichen Behandlungsempfehlung vom 20. März 2017 entgegen (vgl. Urk. 13/2). Aufgrund des Rufs der Praxis von Dr. C.____, wonach bei nahezu allen Kindern Zahnbehandlungen empfohlen würden, sei dann zwecks Einholung einer Zweitmeinung die Erstkonsultation bei Dr. A.____ erfolgt. Diese Konsultation habe zwar eine notwendige Zahnbehandlung gezeitigt, allerdings eine andere, nicht einschlägige, als diejenige, die allenfalls von Dr. C.____ prognostiziert worden sein soll (S. 10).

3. 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).

Gemäss den in der Police genannten (vgl. Urk. 6/5) und durch Übernahme Vertragsbestandteil gewordenen, hier anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflegezusatzversicherungen, Ausgabe 2007 (Urk. 6/2), kann die Beklagte den Vertrag kündigen, wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht). 3.2

In der am 12. August 2019 unterzeichneten Gesundheitserklärung zum Versicherungsantrag von X.____ war unter anderem die Frage an die Klägerin gerichtet, ob eine Fehlstellung der Zähne/des Kiefers bestünde oder bestanden hätte oder Anzeichen einer solchen Fehlstellung vorhanden seien (Frage 11a, Urk. 6/1) und ob deswegen eine Behandlung/Kontrolle/Abklärung durchgeführt/empfohlen worden sei oder ob empfohlen worden sei, vorerst die weitere Entwicklung des Gebisses/Kiefers abzuwarten (Frage 11b). Die beiden Fragen wurden je mit einem Kreuz bei der Antwort «Nein» verneint (vgl. Urk. 6/1).

Gestützt auf die Einreichung einer Zahnarztrechnung über Fr. 618.-- betreffend

X.____ (vgl. Urk. 6/9) holte die Beklagte bei der behandelnden Zahnärztin Dr. med. dent. A.____ Auskünfte (vgl. Urk. 6/8) und bei der Vorversicherung, der Helsana Versicherungen AG, Unterlagen (vgl. Urk. 6/11 -12) ein. Dem Bericht von Dr. A.____ vom 20. August 2021 kann entnommen werden, dass bei der Klägerin eine falsche seitliche Verzahnung, verlagerte Eckzähne im Oberkiefer sowie ein tiefer Biss diagnostiziert worden seien. Diese Fehlstellung habe am 12. August 2019 noch nicht bestanden. Die Eltern seien über die Fehlstellung informiert worden. Am 21. Dezember 2020 habe die Erstbeurteilung und am 22. März 2021 die Besprechung stattgefunden. Anlässlich der Besprechung seien die Eltern über die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung informiert worden. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen (Urk. 6/10).

Dr. med. dent. C.____ führte am

5. Oktober 2021 aus, die genannten Fehlstellungen (1/2 Klasse II rechts und links, Overjet vergrössert) hätten bereits am 12. August 2019 bestanden. Die Eltern der Klägerin hätten seit dem 20. März 2017 gewusst, dass eine Zahn-/Kieferfehlstellung bestehe, und am 25. März 2019 seien sie über die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung orientiert worden (Urk. 6/14). Aus einer von der Helsana Versicherungen AG eingereichten Leistungszusammenstellung geht hervor, dass am 7. Mai 2018 eine zahnärztliche Behandlung bei Dr. C.____

über die Grundversicherung und am 25. März 2019 eine – ebenfalls bei Dr. C.____ - über die Zusatzversicherung abgerechnet wurden (Urk. 6/13).

3.3

Im Folgenden ist auf die Einwände der Klägerin, wonach sie an der Echtheit sowie dem Inhalt des Versicherungsantrages zweifelt und im Zeitpunkt des Antrags nicht über eine Zahn-/Kieferfehlstellung informiert gewesen sei, einzugehen (vgl. vorstehend E. 2.2). Diesbezüglich liegen kontroverse Angaben vor.

Aufgrund der Ausführungen beider Parteien sowie den Akten ist davon auszugehen, dass die Mutter der Klägerin, Y.____, den Versicherungsantrag betreffend Zusatzversicherungen anlässlich des Beratungsgesprächs vom 12. August 2019 an mehreren Stellen (S. 5, S. 6, S. 9; vgl. Urk. 6/1) eigenhändig unterzeichnet hat.

Den klägerischen Ausführungen, wonach die Unterschriften beziehungsweise deren Echtheit und Übereinstimmung mit dem damaligen Original angezweifelt werden, kann nicht gefolgt werden.

So gibt es aufgrund der Akten keine Anhaltspunkte, an der Echtheit der Unterschriften zu zweifeln. Einerseits erscheint es als wenig glaubwürdig, wenn aus den diesbezüglichen Behauptungen der Klägerin abgeleitet werden soll, der Verkaufsberater oder anderweitige Mitarbeiter der Beklagten hätten die Unterschrift von Y. ___ auf den Anträgen eigenmächtig hinzugefügt. Für diese Vermutung beziehungsweise Anschuldigung der Klägerin gegenüber der Beklagten gibt es absolut keine Hinweise, und die entsprechenden Ausführungen werden denn von der Klägerin

auch nicht weitergehend substantiiert (vgl. Urk. 1 S. 8). Vielmehr räumt die Klägerin beziehungsweise ihre Eltern

in der Klage selbst ein, anlässlich des Beratungsgesprächs vom 12. August 2019 seien auf verschiedenen Dokumenten der Beklagten im Hinblick auf einen allfälligen Versicherungswechsel Unterschriften getätigt worden (vgl. Urk. 1 S. 9 Mitte). Es ist somit davon auszugehen, dass es sich bei diesen von der Klägerin erwähnten verschiedenen Dokumenten um die Versicherungsanträge der Familie, somit auch um denjenigen betreffend die Klägerin, gehandelt hat.

Schliesslich kann die Klägerin denn auch aus ihren Ausführungen, wonach die verschiedenen Dokumente noch gar nicht vollständig ausgefüllt und korrigiert gewesen und die Unterschriften im Vertrauen auf eine wahrheitsgemässe Komplettierung geleistet worden seien (vgl. Urk. 1 S. 9), nichts zu ihren Gunsten ableiten. So könnte die Klägerin selbst aus einer geleisteten allfälligen Blanko Unterschrift keine Vorteile ziehen. Angesichts der offensichtlich en juristischen Fachkenntnisse des Vaters der Klägerin musste der Familie umso mehr bewusst sein, dass der Inhalt des die Klägerin betreffenden Versicherungsantrages durch die eigenhändigen Unterschriften von Y. ___ zu deren eigenen Erklärung wurde, selbst wenn der Antrag oder Fragebogen durch einen Dritten ausgefüllt worden sein sollte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_471/2015 vom 11. März 2016, E. 6). Es bleibt ausserdem anzumerken, dass der Versicherungsantrag nebst der jeweiligen Seitenzahl auch die Gesamtzahl seiner (insgesamt neun) Seiten deklariert. Somit war es für die Klägerin beziehungsweise deren Eltern klar ersichtlich, wie viele Seiten der Versicherungsantrag insgesamt aufweist und ob ihr beziehungsweise ihnen das gesamte Dokument oder nur Teile davon vorgelegt wurden.

Folglich

ist davon auszugehen, dass der Klägerin beziehungsweise ihren Eltern der gesamte Versicherungsantrag vorgelegt wurde, dieser zur Kenntnis genommen und schliesslich von Y. ___ an den entsprechenden Stellen unterschriftlich bestätigt wurde. 3.4

Nach dem Gesagten hat Y. ___ mit der eigenhändigen Unterzeichnung des Versicherungsantrags

somit ausdrücklich bestätigt, alle Fragen der Gesundheitserklärung zum Antrag inklusive Ergänzungen zu den Fragen 3-13 vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau ihren Angaben entsprechen (vgl. den diesbezüglichen Hinweis im fraglichen Versicherungsvertrag auf Seite 5 in

Urk. 6/1). Auf der Folgeseite bestätigte Y.____ nochmals unterschrieben, dass keine Kenntnis über eine Zahn- oder Kieferfehlstellung besteht, und vom Zahnarzt keine Orientierung über eine Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung erfolgte

(vgl. Urk. 6/1 S.

E. 5

S. 3) . Auch wenn gemäss interner Praxis kulanterweise auf das Ausfüllen des zahnärztlichen Attests verzichtet worden sei, entfalle damit nicht die gänzliche Risikoprüfung. Die korrekte Gesundheitsdeklaration als solche sei trotzdem erforderlich (S. 5 f.).

Dr. C.____

habe auf Nachfrage angegeben, dass bei der Klägerin bereits am 12. August 2019 mehrere Zahn- und Kieferfehlstellungen vorgelegen hätten und die Eltern bereits seit dem 20. März 2017 gewusst hätten, dass die Klägerin an einer Fehlstellung leide und zudem bereits am 25. März 2019 über die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung orientiert worden seien (S. 8 f.). Die Klägerin beziehungsweise ihre Mutter Y.____ hätten

ihr gegenüber daher im Antragszeitpunkt erhebliche Gefahrensachen, die sie gekannt hätten oder hätten kennen müssen, unrichtig mitgeteilt respektive verschwiegen und somit eine Anzeigepflichtverletzung begangen (S. 9).

E. 6

Abs. 1 VVG).

4.2

Aus den vorstehenden Ausführungen (vgl. vorstehend E. 3.2) geht hervor, dass die Beklagte dem Verdacht einer Anzeigepflichtverletzung umgehend nachging und die Kündigung auch umgehend nach Erhalt der eingeholten Unterlagen aussprach (vgl. Urk. 2/6). Sie handelte damit korrekt und rechts konform. Auch im Nachgang der Kündigung reagierte die Beklagte stets zeitnah und ausführlich auf die Kontaktaufnahmen der Klägerin (vgl. Urk. 2/7) . Es besteht kein Raum für die klägerischen Ausführungen , was zur Abweisung der Klage führt.

5.5.1

Gemäss Art. 114 lit . e ZPO ist das Verfahren kostenlos. 5.2

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 22. Oktober 2013 E. 4.2). Das Gericht erkennt:

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