

Tatbestand: Die 1936 geborenen T. und E. J. waren bei der Helsana Versicherungen AG (vormals: Krankenkasse Helvetia) für Krankenpflege (Abt. A, AA1 und AA2), für Kranken- und Unfallgeld (Abt. TA und TA2), für die Spalkosten der halbprivaten Abteilung (Abt. HU3) und für Tod und Invalidität nach einem Unfall (Abt. UT/UI) versichert.

Am 29. November 1995 und am 7. Februar 1996 erkundigte sich E. J. bei der Krankenkasse über Möglichkeiten, die Prämien zu reduzieren. Am 26. Februar 1996 nahm die Krankenkasse zu dieser Anfrage Stellung. Mit Schreiben vom 26. April 1996 teilten die Versicherten der Krankenkasse mit, sie wünschten lediglich noch in der Krankenpflegeversicherung BASIS (Abt. A) mit einem Selbstbehalt von 10 % und einer monatlichen Prämie von Fr. 136.60 versichert zu bleiben. Diese Kündigung der weiteren Versicherungen blieb seitens der Krankenkasse vorerst unberücksichtigt.

Da Prämien seit längerem ausstehend geblieben waren, hielt die Helsana Versicherungen AG mit Verfügung vom 29. Juni 1996 fest, für T. und E. J. würden ab dem 1. Juli 1996 aus den Zusatz- und Taggeldversicherungen nach KVG keine Leistungen mehr ausgerichtet. Die von E. J. am 9. Juli 1996 dagegen erhobene Einsprache wies die Krankenkasse mit Entscheidung vom 15. Oktober 1996 ab. In der Einsprache hatten die Versicherten wiederum geltend gemacht, ihre Versicherungsdeckungen seien sofort und ohne Kündigungsfrist auf die Krankenpflegeversicherung BASIS mit Unfalldeckung, eine Jahresfranchise von Fr. 300.-- und das Hausarztmodell zu reduzieren.

Gegen den Einspracheentscheid vom 15. Oktober 1996 richtet sich die am 12. November 1996 von E. J. erhobene Beschwerde mit den Rechtsbegehren, sein Versicherungsschutz und derjenige von T. J. seien entsprechend dem Schreiben vom 9. Juli 1996 anzupassen, insbesondere sei ihnen auch das Hausarztmodell zu ermöglichen und es sei festzustellen, dass die eingeforderten Prämien nicht geschuldet seien. In der Beschwerdeantwort vom 6. Februar 1997 schloss die Krankenkasse auf Abweisung der Beschwerde. Zudem hielt sie fest, die Kündigung vom 26. April 1996 werde nun nachträglich berücksichtigt. Dies habe aber auf die Verfügung vom 29. Juni 1996 keinen Einfluss (Urk. 7 S. 6).

In der Replik vom 8. März 1997 beantragte der Versicherte, die Kündigung der Zusatz- und Taggeldversicherungen sei bereits per 31. Januar 1996 zu berücksichtigen. Im weiteren hielt er an seinen Anträgen in der Beschwerde fest. Die Krankenkasse hielt in der Duplik vom 28. April 1997 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Nach Art. 12 Abs. 2 des auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) steht es den anerkannten Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterstehen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; Art. 12 Abs. 3 KVG).

Führen anerkannte Krankenkassen nach bisherigem Recht bestehende Krankenpflege- und Krankengeldversicherungen nach neuem Recht fort, so gilt für diese Versicherungen mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes das neue Recht (Art. 102 Abs. 1 KVG). Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Artikel 34 Absatz 1 hinausgehen (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen), sind in- nert eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem neuen Recht anzupassen. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht (Art. 102 Abs. 2 Satz 1 und 2 KVG).

Gemäss der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 1996 und dem Einspracheentscheid vom 15. Oktober 1996 werden ab dem 1. Juli 1996 aus den Zusatz- und Taggeldversicherungen nach KVG keine Leistungen mehr ausgerichtet. Festzustellen ist vorerst, welche der von den Versicherten abgeschlossenen Zusatz- und Taggeldversicherungen von der verfügbaren Leistungssperre erfasst sind.

Die Krankenpflegezusatzversicherungen TOP und SANA (Abt. AA1 und AA2) wurden bereits per 1. Januar 1996 dem neuen Recht angepasst. Auf sie finden die Bestimmungen des VVG Anwendung. Diese Versicherungen sind von der verfügbaren Leistungssperre demnach nicht betroffen.

Die Bestimmungen der Unfallversicherung für Tod und Invalidität und der HOSPITAL Spitalzusatzversicherung wurden demgegenüber erst per 1. Januar 1997 dem neuen Recht angepasst. Insoweit kommen 1996 noch die bisherigen Statuten und Reglemente und das bis 31. Januar 1995 gültig gewesene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KUVG) zur Anwendung. Die Leistungseinstellung per 1. Juli 1996 gilt zudem auch für die freiwillige Taggeldversicherung SALARIA.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in den genannten Versicherungen zu Recht per 1. Juli 1996 eingestellt hat.

In der Replik vom 8. März 1997 brachte der Beschwerdeführer vor, es sei von der Kündigung aller Zusatz- und Taggeldversicherungen per 31. Januar 1996 auszugehen. Es muss deshalb vorerst festgestellt werden, ob T. und E. J. am 1. Juli 1996 noch im Umfang der verfügbaren Sperre bei der Beschwerdegegnerin versichert waren.

Art. 7 KVG regelt den Wechsel des Versicherers für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In bezug auf die freiwillige Taggeldversicherung kennt das KVG keine Bestimmungen über die Kündigung. Die Versicherer können sie demnach in ihren Verträgen regeln (vgl. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt am Main, 1996, S. 111).

Gemäss Art. 46 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die freiwillige Taggeldversicherung SALARIA können Versicherte unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Monats schriftlich die Taggeld-Versicherung kündigen oder die bestehende Taggeld-Versicherung reduzieren. Nach Abs. 2 von Art. 46 können sie die Versicherung zudem in folgenden Fällen schriftlich auf Ende eines Monats kündigen: Bei dauernder Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland (lit. a), bei einer Prämienhöhung in der Taggeld-Versicherung (lit. b) und bei Übertritt in die obligatorische Taggeld-Versicherung des Arbeitgebers (lit. c).

Soweit das KUVG keine entgegenstehenden Vorschriften enthielt, richteten die Krankenkassen sich nach ihrem Gutfinden ein (vgl. Art. 1 Abs. 3 KUVG). Nach Art. 5 Abs. 1 lit. a der 1996 noch anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung für Tod und Invalidität kann die Versicherung jederzeit unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Monats schriftlich gekündigt werden (Urk. 8/9). Ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kann der Versicherte unter anderem im Falle einer Prämienhöhung in der Unfallversicherung für Tod und Invalidität auf Ende eines Monats schriftlich kündigen (Art. 5 Abs. 1 lit. b).

Eine entsprechende Regelung findet sich auch in Art. 7 des Reglementes für die HOSPITAL Spitalzusatzversicherung.

Die Versicherten hatten die Beschwerdegegnerin am 29. November 1995 angefragt, ob die Streichung bestimmter Versicherungsleistungen eine Prämienreduktion zur Folge habe. Da die Antwort ausstehend blieb, meldete sich der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben vorerst telefonisch, am 7. Februar 1996 nochmals schriftlich bei der Beschwerdegegnerin. Am 26. Februar 1996 wurden sie seitens der Beschwerdegegnerin dann informiert. Mit Schreiben vom 26. April 1996 kündigte der Beschwerdeführer alle Zusatz- und Taggeldversicherungen. Selbst der Beschwerdeführer macht nicht geltend, die Kündigung sei früher er-

folgt oder sie gehe sinngemäss aus seinem Schreiben vom 29. November 1995 hervor. Er macht lediglich geltend, er hätte früher gekündigt - vor dem 31. Januar 1996 -, wenn die Kasse ihn rechtzeitig über seine Anfrage orientiert hätte.

Aus der verspäteten Information durch die Krankenkasse kann der Beschwerdeführer indes nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie sich aus seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 7. Februar 1996 ergibt, hatte ihn eine Angestellte der Krankenkasse ausdrücklich auf den ausserordentlichen Kündigungstermin vom 31. Januar 1996 aufmerksam gemacht und ihn davon insbesondere nicht entbunden. Dem Beschwerdeführer wäre es zudem ohne weiteres zumutbar gewesen, anstelle telefonischer Reklamationen über die noch ausstehende Antwort sich auch gleich telefonisch oder persönlich um die konkrete Information an sich zu bemühen, um im Anschluss daran rechtzeitig über die Aufrechterhaltung des bisherigen Versicherungsschutzes entscheiden zu können. Zu prüfen ist somit, auf welchem Zeitpunkt die Kündigung vom 26. April 1996 wirksam wurde.

Wie sich aus dem Vergleich der Versicherungsausweise vom 1. Januar 1994 (3/13-14) und derjenigen vom 1. Januar 1996 ergibt, wurden die Prämien für die Taggeldversicherungen per 1. Januar 1996 um Fr. 2.-- reduziert. Vorliegend kommt damit die ordentliche dreimonatige Kündigungsfrist zur Anwendung. Die Beschwerdegegnerin hat damit die Kündigung vom 26. April 1996 zu Recht per Ende Juli 1996 berücksichtigt. Dasselbe gilt auch für die Unfallversicherung für Tod und Invalidität, deren Prämien per 1. Januar 1996 keine Änderung erfuhren.

Die Prämien der Spitalzusatzversicherungen wurden dagegen per 1. Januar 1996 erhöht. Die Anfrage der Versicherten vom 29. November 1995 erfolgte unter anderem wegen dieser Prämien erhöhungen. In der Kündigung vom 26. April 1996 gaben die Versicherten zudem an, sie befänden sich in finanziellen Schwierigkeiten. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Versicherten die Spitalzusatzversicherungen kündigten, weil die Prämien per 1. Januar 1996 erhöht worden waren. Damit kommt Art. 7 Abs. 2 lit. c des Reglementes für die HOSPITAL Spitalzusatzversicherung zur Anwendung, weshalb die Kündigung vom 26. April 1996 auf den 30. April 1996 wirksam wurde. Art. 7 Abs. 2 lit. c des Reglementes enthält nämlich keine zeitliche Beschränkung für die Geltendmachung dieses Kündigungsgrundes. Für die Spitalzusatzversicherungen (Abt. HU3) konnte damit keine Leistungssperre per 1. Juli 1996 verfügt werden. Insoweit ist damit der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben.

Nach Art. 49 Abs. 1 der bis 31. Dezember 1996 noch anwendbaren Statuten und nach Art. 11 Abs. 1 lit. d der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung bei Tod und Invalidität wird ein Mitglied, sofern zwei Monatsbeiträge ausstehend sind, durch eingeschriebene Mahnung auf die Folgen der Säumnis aufmerksam gemacht und es wird ihm eine Nachfrist von zwei Wochen zur Bezahlung der rückständigen Beiträge angesetzt. Erfolgt keine Bezahlung innert der Nachfrist, besteht von diesem Zeitpunkt an kein Anspruch mehr auf Leistungen der Helvetia. Diese Regelung findet sich auch in den ab 1. Januar 1996 gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die freiwillige Taggeldversicherung SALARIA.

Der Sinn dieser Regelungen ist klar. Nur jener Versicherte soll Leistungen beanspruchen können, der regelmässig seine Beiträge bezahlt; denn der Anspruch auf Versicherungsleistungen setzt voraus, dass die festgesetzten Beiträge bezahlt worden sind. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes zum KUVG entsprechen solche Regelungen den Grundsätzen der Gegenseitigkeit und der Gleichbehandlung in der Krankenversicherung (RSKV 1983 Nr. 542 S. 152 f.; vgl. auch BGE 111 V 318, RKUV 1990 Nr. 847 S. 252, 1989 Nr. K 800 S. 130). Auch unter dem neuen KVG ist im Bereich der freiwilligen Taggeldversicherung von der Zulässigkeit solcher Bestimmungen auszugehen (vgl. Maurer, a.a.O., S. 110 und 145; vgl. auch Art. 9 und 107 der Verordnung über die Krankenversicherung)

Wie sich aus den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Belegen ergibt, waren die Prämien seit November und Dezember 1995 nicht mehr bezahlt worden. Anfangs Juni 1996 waren somit mehr als zwei Monatsbeiträge ausstehend. Nach der Mahnung vom 9. Juni 1996 und unter Berücksichtigung der zweiwöchigen Nachfrist hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juni 1996 die Leistungssperre ab 1. Juli 1996 fest. Für die Unfallversicherung für Tod und Invalidität (Abt. UT/UI) und für die Taggeldversicherungen (Abt. TA und TA2) erfolgte die Leistungseinstellung per 1. Juli 1996 somit zu Recht.

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 119 1b 36 Erw. 1b mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde unter anderem auch geltend in der Krankenpflegeversicherung sei ihm und T. J. das Hausarztmodell zu ermöglichen. Dafür und für ihre Mitgliedschaft bei Exit sei ihnen eine weitere Prämienreduktion in der Grundversicherung zu gewähren. Darüber hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid nicht entschieden, weshalb insoweit auf die Beschwerde vom 12. November 1996 nicht eingetreten werden kann. Dasselbe gilt auch für den genauen Betrag der ausstehenden Prämien, der weder in der Verfügung vom 29. Juni 1996 noch im Einspracheentscheid vom 15. Oktober 1996 festgehalten wurde.

Die Beschwerdegegnerin hat somit über diese Fragen nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides eine anfechtbare Verfügung zu erlassen und den Versicherten zu eröffnen.

E. J. machte unter anderem auch in bezug auf die Krankenpflegezusatzversicherungen TOP und SANA geltend, diese hätten als per 31. Januar 1996 gekündigt zu gelten und dementsprechend seien ihnen Prämien gutzuschreiben. Die Beschwerdegegnerin hatte ihre Versicherungsbedingungen für diese Zusatzversicherungen auf den 1. Januar 1996 dem neuen Recht angepasst, weshalb sie insoweit keine Verfügung und keinen Einspracheentscheid erlassen kann (Art. 12 Abs. 2 und 3 und Art. 102 Abs. 2 KVG; Art. 47 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen; RKUV 1998 Nr. KV 22 S. 52). Das Vorbringen von E. J. ist deshalb als Klage anhand zu nehmen. Von einer Trennung des Verfahrens kann aber aus prozessökonomischen Gründen abgesehen werden.

Der Versicherte kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, infolge der verzögerten Stellungnahme der Krankenkasse sei eine Kündigung vor dem 31. Januar 1996 nicht mehr möglich gewesen, und die Versicherungen seien deshalb auf diesen Zeitpunkt hin aufzulösen (vgl. oben Erw. II/2c). Vielmehr ist von der Kündigung am 26. April 1996 auszugehen. Gemäss Art. 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenzusatzversicherungen wurde diese Kündigung auf Ende Dezember 1996 wirksam. Davon geht auch die Beschwerdegegnerin aus. Die Klage ist demzufolge abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Helsana-Versicherungen AG vom 15. Oktober 1996 insoweit aufgehoben, als damit die Leistungen aus den Spitalzusatzversicherungen (Abt. HU3) ab dem 1. Juli 1996 eingestellt wurden, und es wird festgestellt, dass die Spitalzusatzversicherungen (Abt. HU3) per 30. April 1996 aufgelöst sind. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft dieses Beschwerdeentscheides an die Helsana Versicherungen AG überwiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare.

2. Die Klage wird abgewiesen.
3. Das Verfahren ist kostenlos.
4. Schriftliche Mitteilung an die Parteien, an das Bundesamt für Sozialversicherung und das Bundesamt für Privatversicherung je gegen Empfangsschein.
5. Gegen Ziffer 1 dieses Entscheides kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden. Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

In der Beschwerdeschrift muss genau angegeben werden, welche Entscheidung anstelle des angefochtenen Entscheids beantragt wird; dargelegt werden, aus welchen Gründen diese andere Entscheidung verlangt wird; die Unterschrift des Beschwerdeführers oder der Beschwerdeführerin oder der vertretenden Person enthalten sein.

Beweismittel sind in der Beschwerdeschrift zu bezeichnen und, soweit der Beschwerdeführer oder die Beschwerdeführerin sie in Händen hat, beizulegen; ebenfalls beizugeben sind der angefochtene Entscheid und der dazugehörige Briefumschlag (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Gegen Ziffer 2 dieses Entscheides kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wegen Verletzung von Bundesrecht im Sinne des Art. 43 des Bundesgesetzes über die Organisation der Rechtspflege (OG) durch eine dem Art. 55 OG entsprechende Eingabe an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.