



## **II.** Kammer

Sozialversicherungsrichter Meyer als Einzelrichter  
Gerichtssekretär Volz

## **Urteil vom 20. Dezember 2006**

in Sachen

### **Y S.A.**

Klägerin

Zustelladresse: Y Versicherung  
Rechtsabteilung

gegen

X

Beklagter

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas  
Markusstrasse 10, 8006 Zürich

## Sachverhalt:

### 1.

1.1 X, geboren 1960, war ab 1. Januar 1999 bei der Y Versicherung (ab. 1. Januar 2001: Y AG; nachfolgend: Y), im Rahmen der Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung „P“ gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) taggeldversichert. Auf Grund von ärztlichen Zeugnissen über die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/3) erbrachte die Y vorerst Taggeldleistungen für eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/6, Urk. 11/9). Mit Schreiben 16. Mai 2003 forderte die Y den Versicherten auf, sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anzumelden, und stellte dem Versicherten in Aussicht, dass sie ab dem 361. Tag der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit die Taggeldleistungen in Ergänzung zu den Leistungen der Invalidenversicherung gewähren werde. Bis zum Vorliegen eines Entscheids der Invalidenversicherung werde sie jedoch Vorleistungen erbringen (Urk. 11/7). Mit in Rechtskraft erwachsener (vgl. Urk. 3) Verfügung vom 9. Januar 2004 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung (Urk. 11/8).

1.2 Mit Schreiben vom 13. Mai 2004 (Urk. 11/10) und vom 9. September 2004 (Urk. 11/15) forderte die Y den Versicherten zur Rückzahlung von im Zeitraum vom 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 zu Unrecht ausgerichteter Taggeldleistungen im Betrag von Fr. 10'050.-- auf. Die Forderungssumme von Fr. 10'050.-- (zuzüglich Zins von 5 % seit 1. Juli 2004) setzte die Y anschliessend in Betreibung (Urk. 11/16). Gegen den Zahlungsbefehl in der Betreibung Nummer XXX des Betreibungsamtes Volketswil vom 29. Oktober 2004 erhob der Versicherte ohne Angabe eines Grundes Rechtsvorschlag (Urk. 11/16).

2. Mit Eingabe vom 28. Oktober 2005 erhob der die Y AG Klage gegen den Versicherten mit dem Rechtsbegehren, der Versicherte sei zu verpflichten sei, ihr Fr. 10'050.-- zu bezahlen, und der Rechtsvorschlag in der Betreibung Nr. XXX des Betreibungsamtes Volketswil sei vollumfänglich aufzuheben (Urk. 1 S. 2). Mit Klageantwort vom 14. November 2005 beantragte der Versicherte, die Klage sei abzuweisen und der Zahlungsbefehl sei als unbegründet zu erklären (Urk. 6 S. 2, vgl. Urk. 20). Mit Replik vom 13. Dezember 2005 hielt die Y AG an

ihrem Rechtsbegehren fest (Urk. 10 S. 2). Mit Duplik vom 3. Januar 2006 beantragte der Versicherte, es sei auf die Klage zufolge fehlender Aktivlegitimation der Y AG nicht einzutreten. Eventualiter sei die Klage abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 14 S. 2). Mit Eingabe vom 24. Januar 2006 nahm die Y AG zur Duplik vom 3. Januar 2006 Stellung (Urk. 17 S. 2). Mit Verfügung vom 30. Januar 2006 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 19).

## **Der Einzelrichter zieht in**

### **Erwägung: 1.**

- 11 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).
- 12 Vorerst macht der Beklagte geltend, der Klägerin fehle es in vorliegendem Verfahren an der Aktivlegitimation (Urk. 14 S. 2). Dieser Einwand ist vorweg zu prüfen.
- 13 Aus der Versicherungspolice vom 16. Oktober 1999 ist ersichtlich, dass der Beklagte mit der Y Versicherung einen Versicherungsvertrag für eine Krankenzusatzversicherung „P“ für die Dauer von fünf Jahren ab 1. Januar 1999 abgeschlossen hat (Urk. 11/1). Aus dem sich bei den Akten befindlichen Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 17. August 2001 geht sodann hervor, dass die Y Versicherung ihren ganzen Bestand an Krankenzusatzversicherungen per 1. Januar 2001 auf die Y AG übertragen habe und seither nicht mehr im Bereich der Krankenzusatzversicherungen tätig sei. Die Gründung der Y AG und die Übertragung des Bestandes an Krankenzusatzversicherungen von der Y Versicherung auf die Y AG sei gemäss den Vorgaben der Bundesämter für Sozialversicherung und Privatversicherung erfolgt (Urk. 18/W).
- 14 Gemäss Art. 39 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG), in der am 1. Januar 2001 gültigen Fassung, kann eine Versicherungseinrichtung mit Zustimmung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements ihren schweizerischen Versicherungsbestand, das heisst Versicherungsverträge, die in der Schweiz zu erfüllen sind

(Art. 27 VAG), ganz oder teilweise mit Rechten und Pflichten auf eine andere der Aufsicht unterstellte Versicherungseinrichtung übertragen.

Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung ist die Übertragung dreimal auf Kosten der Versicherungseinrichtung im Schweizerischen Handelsamtsblatt zu veröffentlichen. Die Versicherten können innert drei Monaten seit der ersten Veröffentlichung Einsprache gegen die Übertragung erheben. Die Aufsichtsbehörde kann eine längere Frist setzen.

Laut Abs. 3 dieser Bestimmung erteilt das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement die Zustimmung nur, wenn die Interessen der Gesamtheit der Versicherten gewahrt sind.

Schliesslich hat der Versicherungsnehmer gemäss Abs. 5 dieser Bestimmung nach jeder Bestandesübertragung das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten seit der Übertragung zu kündigen. Die übernehmende Versicherungseinrichtung ist verpflichtet, die übernommenen Versicherungsnehmer individuell über die erfolgte Bestandesübertragung zu informieren.

- 1.4 In den Akten ist nicht ersichtlich, dass der Beklagte innert der dreimonatigen Frist seit der ersten Veröffentlichung im Handelsregister rechtzeitig gegen die Übertragung des Versicherung an die Y AG Einsprache erhoben hätte. Sodann hat die Y Versicherung im Dezember 2000 ihre Zusatzversicherten individuell mittels Zusendung ihrer Krankenkassenzeitschrift vom Übergang der Zusatzversicherungen auf die Y AG in Kenntnis gesetzt (Urk. 18/V). Der Beklagte bestreitet nicht, die betreffende Ausgabe der Krankenkassenzeitschrift vom Dezember 2000 erhalten zu haben (vgl. Urk. 14 S. 2). Im Übrigen wird nach der Rechtsprechung (BGE 120 V 35 Erw. 3) für den Nachweis der massenweise versendeten Krankenkassenzeitschriften, in welchen beispielsweise Statutenänderungen bekannt gemacht werden, nicht der volle Beweis, sondern der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verlangt.
- 1.5 In Anbetracht der gesamten Umstände ist daher davon auszugehen, dass der zwischen der Y Versicherung und dem Beklagten geschlossene Versicherungsvertrag am 1. Januar 2001 auf die Y AG übertragen wurde. An der Legitimation der Klägerin in vorliegendem Verfahren betreffend die Rückforderung für im Zeitraum vom 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 ausgerichteten Taggeldleistungen ist daher nicht zu zweifeln.

2.

- 2.1 Die Klägerin macht geltend, gemäss Art. 2.8 ihrer allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Taggeldversicherung „P“ werde ein Taggeld ab dem 361. Tage der Arbeitsunfähigkeit nur noch in Ergänzung zu den Leistungen der Invalidenversicherung gewährt. Da mit Verfügung der Invalidenversicherung vom 9. Januar 2004 ein Rentenanspruch verneint worden sei, sei ein Taggeldanspruch des Beklagten rückwirkend ab 1. April 2003 zu verneinen. Es bestehe daher eine Forderung der Klägerin gegenüber dem Beklagten in Höhe von Fr. 10'050.-- für die ihm vom 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 zu Unrecht ausgerichteten Taggeldleistungen (Urk. 1 S. 3).
- 2.2 Der Beklagte bringt hiegegen vor, dass Art. 2.8 der AVB nicht im Sinne der Klägerin ausgelegt werden könne. In dieser Bestimmung werde nicht die Beendigung der Leistungspflicht geregelt. Vielmehr handle es sich hierbei um eine Koordinationsbestimmung mit dem Zweck, eine Überversicherung zu vermeiden (Urk. 6 S. 4, Urk. 14 S. 4).

3.

- 3.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KVG unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) dem VVG. Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherungen von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).
- 3.2 Die Klägerin reichte zusätzlich zu den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, Ausgabe 1999, der Y Versicherung, welche die im Jahre 1999 gültige Fassung der besonderen Versicherungsbedingungen der Kategorie P enthält (Urk. 11/18), die besonderen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss

VVG, Ausgabe 10.01, betreffend die Kategorie P, der Y AG (Urk. 2/9 = Urk. 11/17) ein. Gemäss der Versicherungspolice vom 16. Oktober 1999 sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der im Jahre 1999 gültigen Fassung Vertragsbestandteil (Urk. 11/1). In der Ausgabe vom Dezember 2000 ihrer Krankenkassenzeitschrift, worin die Klägerin die Übernahme der Zusatzversicherungen der Y Versicherung bekannt gab, teilte sie ihren Versicherten mit, dass diese nach dem Übergang ihrer Zusatzversicherungen ihre bisherigen Rechte bezüglich Versicherungsleistungen, Eintrittsalter und medizinische Vorbehalte vollumfänglich beibehalten (Urk. 18/V). Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Ausgabe 10.01, sind darin jedenfalls nicht erwähnt. Aus den Akten ist nicht zu ersehen, ob diese Bedingungen dem Beklagten zu einem späteren Zeitpunkt zugestellt wurden, und ob sie durch Übernahme Vertragsbestandteil wurden. Die Klägerin scheint davon auszugehen, dass es sich bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen betreffend die Kategorie P, Ausgabe 1999 (nachfolgend: AVB), im Vergleich zur Ausgabe 10.01 lediglich um inhaltlich identische Bestimmungen in gebundener Form handle (Urk. 10 S. 2). Die Frage, ob die Ausgabe 10.01 der AVB durch Übernahme Vertragsbestandteil wurden, kann vorliegend offen bleiben, da in Bezug auf die streitige Frage der Auslegung von Ziff. 2.8 des Art. 2 der AVB die Wortlaute der Ausgabe des Jahres 1999 und der Ausgabe 10.01 jedenfalls übereinstimmen.

4.

41 Art. 2 der AVB (Urk. 11/18 S. 46) regelt den Leistungsanspruch der zwischen den Parteien abgeschlossenen Zusatzversicherung. Dessen Ziff. 2.8 lautet folgendermassen:

"Ab dem 361. Tag der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit gewährt Y ihre Leistungen in Ergänzung zu denjenigen der Invalidenversicherung (IV)"

4.2 Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Gemäss Art. 18 Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) ist bei der Beurteilung eines Vertrages sowohl nach Form als nach Inhalt der übereinstimmende wirkliche Wille und nicht die unrichtige Bezeichnung oder Ausdrucksweise zu beachten, die von den Parteien aus Irrtum oder in der Absicht gebraucht wird, die wahre Beschaffenheit des Vertrages zu verbergen. Es ist demnach in erster Linie der festgestellte wirkliche Wille der Vertragsparteien massgebend. Lässt sich dieser nicht feststellen, ist der mutmassliche Parteiwillen zu ergründen. Dieser ist nach dem

Vertrauensgrundsatz zu ermitteln (BGE 119 II 372 Erw. 4b). Nach Vertrauensprinzip ist eine Willenserklärung so auszulegen, wie sie von der anderen Partei nach den gesamten Umständen in guten Treuen verstanden werden durfte und musste (BGE 126 III 68 Erw. 5b, 130 III 424 Erw. 3.2, 111 III 279 Erw. 2b). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss.

- 4.3 Seit Aufgabe der Eindeutigkeitsregel (Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 1998 4C.24/1997 Erw. 1c; zur alten Praxis: BGE 111 II 287 Erw. 2) kann indes nicht mehr ausschliesslich auf den klaren Wortlaut abgestellt werden. Aus Art. 18 OR folgt, dass ein klarer Wortlaut für die Auslegung nicht unbedingt entscheidend und eine reine Wortauslegung unzulässig ist. Selbst wenn eine Vertragsbestimmung auf den ersten Blick klar erscheint, kann sich aus den anderen Vertragsbestimmungen, aus dem von den Parteien verfolgten Zweck und aus weiteren Umständen ergeben, dass der Wortlaut der strittigen Bestimmung nicht genau den Sinn der Vereinbarung unter den Parteien wiedergibt (BGE 127 III 444 Erw. 1b; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 24. Oktober 2002, 5C.87/2002, Erw. 2.2).
- 4.4 Schliesslich und subsidiär wird die Geltung vorformulierter AVB durch die sogenannte Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 121 Erw. 2a, 126 III 391 Erw. 9d). Diese Regel ist indessen erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (BGE 122 III 124 Erw. 2d).
- 4.5 Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der globalen Zustimmung zu allgemeinen Geschäftsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist (BGE 119 II 446 Erw. 1a). Im Bereich der AVB kann diese Regel zur Anwendung gelangen, wenn der durch Bezeichnung und Werbung beschriebene Deckungsumfang ganz erheblich reduziert wird, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind, wenn Sinn und Tragweite einer Bestimmung infolge komplizierter Formulierung verklausuliert sind oder wenn sie aufgrund ihres Standorts innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer überraschend und unerwartet erscheint.

## 5.

- 5.1 Aus den Akten ist ersichtlich, dass ab 2. April 2002 eine volle Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 11/4-5). Eine Arbeitsunfähigkeit von 360 Tagen war am 27. März 2003 erreicht. Unter dem Vorbehalt eines positiven Leistungsentscheides der Invalidenversicherung richtete die Klägerin dem Beklagten von 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 Taggeldleistungen für eine volle Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 11/9), wobei am 29. Februar 2004 der vertraglich vorgesehene höchstmögliche Taggeldanspruch von 720 Tagen (Art. 3 Ziff. 3.1 der AVB; Urk. 11/18) noch nicht ausgeschöpft war. Mit Schreiben vom 13. Mai 2004 forderte die Klägerin den Beklagten alsdann zur Rückzahlung eines Betrages von Fr. 10'050.-- auf. Dieser Betrag entspreche den für den Zeitraum vom 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 ausgerichteten Taggeldleistungen (Urk. 11/10).
- 5.2 Laut Art. 2 Ziff. 2.8 der AVB gewährt die Klägerin ab dem 361. Tag der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit die Versicherungsleistungen in Ergänzung zu denjenigen der Invalidenversicherung. Bezüglich der AVB lässt sich ein wirklicher Willen der Parteien nicht feststellen, weshalb die fragliche Klausel nach dem Vertrauensprinzip und somit normativ auszulegen ist.
- 5.3 Eine Auslegung dieser Klausel nach dem Wortlaut führt zu keinem eindeutigen Ergebnis. Denn einerseits könnte eine Auslegung nach dem Wortlaut ergeben, dass eine Leistungspflicht der Klägerin ab dem 361. Tag der Arbeitslosigkeit nur mehr unter der Bedingung einer gleichzeitigen Leistungsausrichtung durch die Invalidenversicherung bestehe. Dies würde bedeuten, dass bei einem leistungsverneinenden Entscheid der Invalidenversicherung ein Anspruch auf Taggeld ab 361. Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verneinen wäre.
- 5.4 Andererseits könnte eine Auslegung nach dem Wortlaut auch ergeben, dass ein Anspruch auf Taggeldleistungen neben einem gleichzeitigen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung weiterbestehe. Die fragliche Klausel würde in diesem Falle bedeuten, dass auch bei Ausrichtung von Versicherungsleistungen durch die Invalidenversicherung weiterhin ein ungekürzter Anspruch auf Taggeldleistungen bestehe. Diesfalls änderte ein leistungsverneinender Entscheid der Invalidenversicherung am Taggeldanspruch nichts.
- 5.5 Bei der Interpretation breit angelegter allgemeiner Vertragsbestimmungen muss der systematischen Auslegung erhebliches Gewicht beigemessen werden (BGE 122 III 123 Erw. 2c mit Hinweisen). Einzelne Vertragsbestimmungen sind nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen.

5.6 Während in Art. 2 der AVB der Leistungsanspruch umschrieben wird, ist die Leistungsdauer in Art. 3 der AVB geregelt. Aus seiner systematischen Stellung unter Art. 2 der AVB durfte der Versicherungsnehmer als Gegenpartei davon ausgehen, dass es sich bei der in Art. 2 Ziff. 2.8 AVB statuierten Leistungsgewährung ab dem 361. Tag der Arbeitsunfähigkeit in Ergänzung zu Leistungen der Invalidenversicherung um eine Koordinationsbestimmung handelte, welche den Anspruch auf Leistungen der Klägerin bei gleichzeitiger Ausrichtung von Leistungen der Invalidenversicherung regeln soll. Der Versicherungsnehmer musste die Klausel hingegen nicht in dem Sinne verstehen, dass die Leistungspflicht der Klägerin bei einem leistungsverneinenden Entscheid der Invalidenversicherung mit dem 361. Tag der Arbeitsunfähigkeit endete. Auf Grund seiner systematischen Stellung unter Art. 2 der AVB, welcher den Leistungsanspruch regelt, durfte der Versicherungsnehmer Ziff. 2.8 von Art. 2 der AVB vielmehr so verstehen, dass sowohl bei gleichzeitiger Leistungsausrichtung durch die Invalidenversicherung als auch bei einem leistungsverneinenden Entscheid der Invalidenversicherung ein unveränderter Taggeldanspruch bestehe.

5.7 An diesem Resultat änderte selbst dann nichts, wenn sich neben der erwähnten systematischen Auslegung von Art. 2 Ziff. 2.8 der AVB auch eine Auslegung vertreten liesse, nach welcher eine Leistungspflicht der Klägerin ab dem 361. Tag der Arbeitsunfähigkeit bei einem leistungsverneinenden Entscheid der Invalidenversicherung ausgeschlossen wäre. Denn bei einem unklaren Auslegungsergebnis, wenn die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip zu keinem klaren Ergebnis führt, beziehungsweise wenn sich nach Treu und Glauben die eine wie die andere Variante der Auslegung gleich gut vertreten lassen, sind vorformulierte Vertragsklauseln subsidiär nach der Unklarheits- und nach der Ungewöhnlichkeitsregel auszulegen (BGE 122 III 124 Erw. 2d). Wie bereits erwähnt, besagt die Unklarheitsregel, dass mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen sind. Der Klägerin als Herrin über ihre Versicherungsbedingungen wäre es ein Leichtes gewesen, in Art. 2 Ziff. 2.8 der AVB mittels eines kleinen Zusatzes - wie beispielsweise dem Wort „nur“ - Klarheit zu schaffen. Die fragliche Klausel hätte dann folgendermassen gelautet: Ab dem 361. Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit gewährt Y ihre Leistungen nur in Ergänzung zu denjenigen der Invalidenversicherung (IV). Damit wäre klar gewesen, dass ab dem 361. Tag der Arbeitsunfähigkeit ein Taggeldanspruch nur noch bei einem gleichzeitigem Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Indem die Klägerin es jedoch unterliess, Art. 2 Ziff. 2.8 der AVB klar und

unmissverständlich zu formulieren, muss sie sich die für sie ungünstigere Auslegungsvariante entgegenhalten lassen.

6. Nach Gesagtem ergibt eine Auslegung von Art. 2 Ziff. 2.8 der AVB der Klägerin, dass nach dem 360. Tag der Arbeitsunfähigkeit auch bei einem leistungsverneinenden Entscheid der Invalidenversicherung weiterhin ein Anspruch auf Taggeld im vertraglichen Umfang besteht. Unter diesen Umständen ist der klägerischen Rückforderung von für den Zeitraum vom 1. April 2003 bis 29. Februar 2004 ausgerichteten Taggeldleistungen im Betrag von Fr. 10'050.-- der Boden entzogen. Demzufolge ist die Klage abzuweisen.

7. Gemäss § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) verpflichtet das Gericht die unterliegende Partei auf Antrag zum Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat der vertretene Beklagte Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 2'100.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bemessen ist.

#### Der Einzelrichter erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Klägerin wird verpflichtet, dem Beklagten eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Y Kranken- und Unfallversicherung
  - Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas
  - Bundesamt für Privatversicherungen

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 **Tagen** seit der Zustellung beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wegen Verletzung von Bundesrecht im Sinne von Art. 43 des Bundesgesetzes über die Organisation der Rechtspflege (OG) durch eine dem Art. 55 OG entsprechend Eingabe Berufung gemäss Art. 50 OG an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

## **Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich**

Der Einzelrichter

Der Gerichtssekretär

Meyer

Volz

BM/VM/LR

versandt

**3. Jan 2007**