

II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichter Meyer
Sozialversicherungsrichterin Pfiffner Rauber
Gerichtssekretär Wilhelm

Urteil vom 1. September 2008

in Sachen

X.

Kläger

vertreten durch Rechtsanwältin Christine Kessi

gegen

A.

Beklagte

Sachverhalt:

1. X, geboren 1951, arbeitete seit 2000 für Y in Zürich. Die Arbeitgeberin hatte für ihre Mitarbeiter bei A Assurances SA (nachfolgend: A) eine Kranken- und Krankentaggeld-Kollektivversicherung abgeschlossen. Die Krankentaggeldversicherung sah im Falle von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit nach einer Wartefrist von 30 Tagen eine Taggeldleistung in der Höhe von 80 % des Erwerbsausfalles während längstens 720 Tagen vor (Urk. 2/8).
 Ab 11. November 2004 war X aufgrund einer akut fortschreitenden Gonarthrose und nach der operativen Behandlung der Gelenksdegeneration aufgrund von Komplikationen arbeitsunfähig (Urk. 2/2 ff.). Nach Ablauf der Wartefrist von 30 Tagen richtete A bis 31. Dezember 2004 total 21 Taggelder in der Höhe von Fr. 162.20 aus, insgesamt Fr. 3'406.20 (Urk. 2/11-12).
 Per Ende 2004 hatte die Arbeitgeberin den Kollektivversicherungsvertrag gekündigt (Urk. 13/1). Am 19. Januar 2005 informierte die Arbeitgeberin A darüber, X wünsche in die Einzelversicherung überzutreten (Urk. 13/3). Am 28. Januar 2005 sandte A X einen Anmeldetalon zu, der von der Arbeitgeberin ausgefüllt retourniert wurde (Urk. 13/4). Am 8. Juni 2005 stellte die Arbeitgeberin A das ausgefüllte Antragsformular des Versicherten zu (Urk. 13/5, Urk. 13/5^{bis}). In der Folge verweigerte A weitere Taggeldleistungen.

2. Am 5. Oktober 2006 erhob X gegen A Klage mit dem Rechtsbegehren, A sei zu verpflichten, basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % Taggelder ab 1. Januar 2005 bis zum Erschöpfen des Anspruchs auszurichten, zuzüglich 5 % Zins seit 1. Januar 2005. Eventualiter sei A zu verpflichten, dem Kläger Taggelder für die Dauer vom 1. Januar 2005 bis 31. März 2005 auszurichten, ebenfalls basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % und zuzüglich 5 % Zins ab 1. Januar 2005.
 Mit Klageantwort vom 5. Februar 2007 beantragte A die Abweisung der Klage (Urk. 12). In Replik und Duplik hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 18, Urk. 22). Am 13. August 2007 wurde der Schriftenwechsel geschlossen (Urk. 23) und am 28. Mai 2008 wurde X entsprechend seinem Antrag (vgl. Urk. 1 S. 2) eine unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk. 26).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterliegen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die diesbezüglichen Streitigkeiten sind privatrechtlicher Natur und im Verfahren gemäss Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG, in der seit 1. Januar 2006 geltenden Fassung) durch das von den Kantonen bezeichnete Gericht zu beurteilen. Gemäss § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung das hiesige Gericht sachlich zuständig.

1.2 Auch die örtliche Zuständigkeit ist zu bejahen. Diese richtet sich im Bereich der Zusatzversicherungen zur Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG). Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist für die Behandlung von Klagen gegen eine juristische Person das Gericht an deren Sitz zuständig. Es steht den Parteien nach Art. 9 GestG allerdings frei, für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit einen Gerichtsstand zu vereinbaren. Dies haben die Parteien vorliegend getan. Gemäss Art. 25 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung steht dem Kläger bei Streitigkeiten wahlweise das Gericht am Hauptsitz der Beklagten oder an seinem eigenen schweizerischen Wohnort zur Verfügung (Urk. 2/9 S. 23). Der Kläger hat seinen Wohnsitz in Bülach im Kanton Zürich. Das hiesige Gericht als im Kanton Zürich einziges sachlich zuständiges Gericht (vgl. vorstehende Erwägung 1.1) ist somit örtlich zuständig.

2.

2.1 Zur Begründung der Klage führte der Kläger in der Klageschrift und in der Replik aus, aufgrund der Ankündigung einer massiven Prämienenerhöhung habe die Arbeitgeberin den Kollektivversicherungsvertrag per Ende 2004 gekündigt. Damit seien die Leistungsansprüche sowohl aus der Grund- als auch aus der Zusatzversicherung erloschen.

Obschon der Kläger nicht eigentlich im Sinne von Art. 23 Ziff. 1 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung (vgl. Urk. 2/9) aus dem Kreis der Versicherten ausgeschieden sei, sondern der Kollektivversicherungsvertrag aufgelöst worden sei, habe die Beklagte dem Kläger am 28. Januar 2005 den Übertritt in die Einzelversicherung angeboten (vgl. Urk. 2/14), nachdem der Kläger am 19. Januar 2005 über die Arbeitgeberin um einen Übertritt in die Einzelversicherung ersucht gehabt habe (vgl. Urk. 2/13).

Am 18. Februar 2005 habe die Beklagte die Anmeldung des Klägers bestätigt und habe um die Rücksendung des beiliegenden Versicherungsantrags ersucht (vgl. Urk. 2/16). Der Versicherungsantrag sei durch die Arbeitgeberin am 20. Juni 2005 an die Klägerin gesandt worden.

Zu Unrecht vertrete die Beklagte den Standpunkt, der Übertritt sei zu spät erklärt worden. Gemäss Art. 23 AVB habe die versicherte Person ein Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Unter dem Vorbehalt der rechtzeitigen Erklärung des Übertritts habe die Beklagte keine Möglichkeit, den Übertretenden nicht in die Einzeltaggeldversicherung aufzunehmen. Die Unterzeichnung eines Versicherungsantrages sei nicht erforderlich. Überhaupt sei der Übertritt an keine besondere Form gebunden. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt darauf hingewiesen, dass aufgrund des Versicherungsantrages eine Ablehnung des Versicherungsverhältnisses möglich sei. Die Korrespondenz zwischen Kläger und Beklagter lasse keine Zweifel daran aufkommen, dass er nicht im Rahmen eines Freizügigkeitsrechts in die Einzelversicherung habe übertreten können.

Sollte der Übertritt nicht als rechtsgültig erfolgt erachtet werden, bestehe gestützt auf Art. 8 Ziff. 2 der AVB zur Zusatzversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung nach bei fortbestehender Krankheit nach Beendigung des Versicherungsvertrages eine Nachdeckung von längstens drei Monaten Dauer (Urk. 1 S. 3 ff. Ziff. II; Urk. 18 S. 3 ff. Ziff. II).

- 2.2 Die Beklagte macht geltend, die Anwendung von Art. 23 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung setze einerseits einen bestehenden Kollektivversicherungsvertrag voraus und andererseits das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem Kreis der Versicherten. Art. 23 komme bei der Auflösung des Vertragsverhältnisses zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Anwendung. Vorliegend sei nicht der Arbeitsvertrag aufgelöst worden, sondern der Kollektivversicherungsvertrag sei von der Arbeitgeberin per Ende 2004 gekündigt worden. Der Kläger könne sich nicht auf Art. 23 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung

berufen, um einen Übertritt in die Einzelversicherung zu verlangen und Taggeldleistungen über den 31. Dezember 2004 hinaus geltend zu machen.

Vorliegend sei zwischen den Parteien kein Vertrag zustande gekommen. Gemäss VVG setze der Abschluss eines Versicherungsvertrages einen vom Versicherer vorbereiteten Versicherungsantrag voraus, der alsdann vom Versicherten ausgefüllt und unterzeichnet werde. Dieses Vorgehen finde auch beim Übertritt von der kollektiven Versicherung in die Einzeldeckung statt. Entgegen der Auffassung des Klägers genüge der am 10. Februar 2005 zugesandte Anmeldecoupon (vgl. Urk. 2/15) nicht, um gültig in die Einzelversicherung überzutreten. Spätestens mit der Zusendung des Versicherungsantrages hätte der Kläger dies erkennen müssen. Das Schreiben der Beklagten vom 28. Januar 2005, mit welchem dem Kläger der Anmeldecoupon zugesandt worden sei (vgl. Urk. 2/14), enthalte weder Angaben zum versicherten Einkommen noch zum Taggeld oder zur Prämie. Auch der zurückgesandte Coupon enthalte nicht die für einen Vertragsabschluss nötigen Elemente. Auch später sei kein Vertrag abgeschlossen worden. Die Beklagte habe den ausgefüllten Versicherungsantrag des Klägers (vgl. Urk. 13/5^{bis}) in der Folge nicht akzeptiert.

Nichts anderes ergebe sich, wenn man die Zustellung des Versicherungsantrages an den Kläger als Offerte der Beklagten betrachte. Das Antragsformular sei dem Versicherten am 18. Februar 2005 zugesandt worden (vgl. Urk. 2/16). Ausgefüllt retourniert habe dieser es erst am 8. Juni 2005 (vgl. Urk. 13/5). Nach den Regeln des Obligationenrechts (OR) sei die Annahme eindeutig verspätet erfolgt und die Beklagte mithin nicht mehr an ihre Offerte gebunden gewesen.

Gegen eine allfällige Leistungspflicht spreche des Weiteren, dass der Kläger nie Prämien bezahlt habe, seine Arbeitsunfähigkeit nur mangelhaft oder verspätet belegt und seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen sei. Aus den genannten Gründen ent falle auch eine Taggeldfortzahlung bis Ende März 2005 gestützt auf Art. 8 Abs. 2 der AVB (Urk. 12 S. 7 ff., Urk. 22 S. 2 ff.).

3. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass der Kläger ab 11. November 2004 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war und ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf Taggeldleistungen der Beklagten hatte. Unter Beachtung der Wartezeit von 30 Tagen richtete die Beklagte für diese Arbeitsunfähigkeit Taggelder aus (Urk. 2/11-12).

Unbestritten ist ferner, dass der Kollektivversicherungsvertrag als Grundlage der Taggeldzahlungen (vgl. Urk. 2/8) infolge Kündigung durch die Arbeitgeberin Ende 2004 erlosch (Urk. 13/1-2).

Nicht bestritten ist damit auch, dass vorliegend kein eigentlicher Anwendungsfall von Art. 23 Ziff. 1 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung vorliegt (vgl. Urk. 2/9 S. 23), da nicht der Kläger aus dem Kreis der kollektivversicherten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ausgeschieden war, sondern der Kollektivversicherungsvertrag endigte.

4.

4.1 Der Kläger macht geltend, die Beklagte habe ihm am 28. Januar 2005 ein Übertrittsrecht eingeräumt (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 3), welches er fristgerecht wahrgenommen habe.

4.2 Im Zusammenhang mit dem behaupteten Übertritt führten die Parteien folgende Korrespondenz:

- Am 19. Januar 2005 ersuchte der Kläger über seine Arbeitgeberin darum, nach dem Erlöschen der Kollektivpolice in die Einzelversicherung übertreten zu können (Urk. 13/3).
- Daraufhin teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 28. Januar 2005 mit, sie sei von der Arbeitgeberin über den Austritt des Klägers orientiert worden. Daraus folge, dass er nicht mehr länger über den Kollektivvertrag versichert bleiben könne. Jedoch bestehe die Möglichkeit, eine individuelle Versicherung abzuschliessen. Für den Fall der Weiterführung der Taggeldversicherung sei der beiliegende Anmeldetalon ausgefüllt zu retournieren (Urk. 2/14).
- Die Arbeitgeberin der Beklagten stellte in der Folge richtig, es sei lediglich der Kollektivvertrag gekündigt worden. Der Kläger bleibe angestellt und für ihn werde der Abschluss einer individuellen Taggeldversicherung gewünscht. Dem Schreiben beigelegt wurde der ausgefüllte Anmeldetalon. Die Mitteilung ging bei der Beklagten am 11. Februar 2005 ein (Urk. 13/4).
- Am 18. Februar offerierte die Beklagte der Arbeitgeberin zu Handen des Klägers eine individuelle Taggeldversicherung (Klasse M, Krankheit eingeschlossen, ab 31. Tag, versichertes Kapital Fr. 116.--, Monatsprämie Fr. 433.85) und ersuchte um Retournierung des beiliegenden Versicherungsantrages in Formularform (Urk. 2/16).
- Das ausgefüllte Formular (Urk. 13/5^{bis}) sandte die Arbeitgeberin der Beklagten am 8. Juni 2005 (Urk. 13/5).

4.3 Von einem eingeräumten Übertrittsrecht entsprechend Art. 23 Abs. 1 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung kann in Würdigung der Korrespondenz zwischen den Parteien nicht gesprochen werden.

Im Schreiben vom 28. Januar 2005 ging die Beklagte fälschlicherweise davon aus, der Kläger trete aus dem Anstellungsverhältnis mit der Y

aus, weshalb ein Anwendungsfall von Art. 23 Abs. 1 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung vorliege.

Auf den effektiven Sachverhalt, dass nämlich der Kollektivvertrag aufgelöst sei und deswegen eine Einzelversicherung für den Kläger gewünscht werde, machte die für den Kläger handelnde Arbeitgeberin die Beklagte in der Folge selber ausdrücklich aufmerksam und retournierte den Anmeldetalon.

Die Beklagte reagierte darauf mit der Zusendung eines Versicherungsantrages in Formularform (vgl. Urk. 13/5^{bis}). Im Begleitschreiben vom 18. Februar 2005 offerierte die Beklagte dem Kläger konkret eine individuelle Taggeldversicherung (Urk. 2/16).

Aufgrund des Hinweises der Arbeitgeberin, nicht das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger werde aufgelöst, sondern der Kollektivvertrag bestehe nicht mehr (vgl. Urk. 13/4), war dem Kläger demgemäss bekannt, dass kein Anwendungsfall von Art. 23 Abs. 1 der AVB gegeben war.

Vor diesem Hintergrund durfte der Kläger aufgrund des Schreibens der Beklagten vom 18. Februar 2005, worin die Beklagte ausdrücklich von der Offertanfrage seitens des Klägers einerseits sowie vom Versicherungsantrag andererseits sprach (vgl. Urk. 2/16), nach Treu und Glauben nicht davon ausgehen, es sei ihm ein Übertrittsrecht eingeräumt worden. Weder ausdrücklich noch konkludent äusserte sich die Beklagte dahingehend.

5.

5.1 Nebst der Frage des Übertrittsrechts ist die Frage zu prüfen, ob ein neues Versicherungsverhältnis eingegangen wurde. Auch der Kläger geht zutreffend davon aus, selbst im Falle eines Übertrittsrechts gemäss Art. 23 Abs. 1 AVB komme es zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages (vgl. Urk. 18 S. 3).

5.2 Zum Zwecke des Abschlusses der gewünschten Einzeltaggeldversicherung unterbreitete die Beklagte dem Kläger am 18. Februar 2005 eine konkrete Vertragsofferte (Urk. 2/16) Diese Versicherungsofferte enthielt die genauen Angaben zur Prämie und zu den Leistungen (vgl. Art. 3 Abs. 1 VVG) und war mit der Aufforderung verbunden, das Formular für die persönlichen Angaben des

Versicherten umgehend ausgefüllt zu retournieren, „um so rasch wie möglich in den Genuss unserer vorzüglichen Versicherungsbedingungen zu kommen“. Das Zustandekommen des Vertrages bedurfte mithin der Annahme durch den Klägers. Der Kläger unterliess dies jedoch respektive sandte das Formular erst knapp vier Monate später an die Beklagte (vgl. Urk. 13/5). Die Gründe hierfür sind nicht aktenkundig. Dass objektive Gründe die gebotene unverzügliche Annahmeerklärung verhinderten, macht der Kläger jedenfalls nicht geltend.

- 5.3 Zu den Voraussetzungen für das Zustandekommen eines jeden Vertrages gehört die Einigung der Parteien über die notwendigen Grundlagen des Vertrages (vgl. Art. 2 Abs. 1 OR), vorliegend in erster Linie der Leistungsumfang und die Prämienhöhe. Die Vertragsgrundlagen waren vorliegend erst mit der Vertragsofferte der Beklagten vom 18. Februar 2005 bekannt (Urk. 2/16). Die notwendige Zustimmung des Klägers zur Einzeltaggeldversicherung hätte nach den Umständen umgehend oder innert kurzer Frist erfolgen müssen. Dass der Kläger bereits vor der verbindlichen Vertragsofferte mit der Zusendung des Anmeldecoupons sein Interesse zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bekundete und gleichzeitig die Arbeitgeberin die Bezahlung der Prämienrechnungen garantierte (vgl. Urk. 13/4), vermag die verspätete Annahmeerklärung nicht zu ersetzen. Selbst der Kläger weist im Übrigen darauf hin, die Beklagte habe ihn ausdrücklich dazu aufgefordert, den Versicherungsantrag auszufüllen, zu unterschreiben und zu retournieren (Urk. 18 S. 4). Es kann demzufolge nicht argumentiert werden, dem Ausfüllen und Retournieren des Versicherungsantrages komme keinerlei konstitutive Bedeutung zu (vgl. Urk. 18 S. 3 f.).

Der Vertrag über die Einzeltaggeldversicherung ist daher nicht zustande gekommen.

- 6.
- 6.1. Eventualiter beantragt der Kläger Taggeldleistungen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2005 im Sinne einer Nachdeckung aus dem Kollektivvertrag im Sinne von Art. 8 Ziff. 2 der AVB für die Zusatzversicherungen in der Kranken- und Unfallversicherung.
- 6.2 Gemäss Art. 4 Ziff. 1 der Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherung JOB bei Arbeitsunfähigkeit setzt der Leistungsanspruch voraus, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder Chiropraktor bescheinigt und der Kasse der Beginn der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von sieben Tagen gemeldet wird. Bei Nichteinhaltung dieser Frist sind die Leistungen für die Zeit vor dem Eintreffen der Meldung bei der Kasse nicht geschuldet.

- 6.3 Die Beklagte verweigert eine Nachdeckung mit der Begründung, Arztzeugnisse seien zu einem kleinen Teil im Juni 2005 und hernach noch einmal im Juni 2006 eingereicht worden (Urk. 12 S. 11 Ziff. 26). Der Kläger verweist auf die durch diverse Zeugnisse von Dr. med. E Allgemeine Medizin FMH (vgl. Urk. 2/7) respektive durch diverse Berichte der Schulthess Klinik dokumentierte Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 8 Ziff. 5, Urk. 18 S 6 f. Ziff. 4).
- 6.4 Für die Zeit ab 1. Januar 2005 liegt ein Arztzeugnis von Dr. E vom 21. Januar 2005 vor, das auf unbestimmte Zeit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 2/7/4). Weitere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. E respektive der Schulthess Klinik wurden erst ab April 2005 und somit für einen vorliegend nicht mehr relevanten Zeitraum ausgestellt.

Nicht aktenkundig ist, wann das Attest vom 21. Januar 2005 an die Beklagte gesandt wurde. Es ist mithin nicht belegt, dass die Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2005 rechtzeitig gemeldet wurde. Die Behauptung der Beklagten, erst im Juni 2005 seien Arztatteste eingereicht worden, liess der Kläger unwiderlegt, ob schon ihm der Nachweis der rechtzeitigen Mitteilung obliegt. Die Berichte der Schulthess Klinik geben zwar Aufschluss über den Gesundheitszustand des Klägers, massgebend ist indessen nicht dies, sondern der Umstand der rechtzeitigen Meldung der Arbeitsunfähigkeit. Der Kläger vermochte nicht zu belegen, dass er die Arbeitsunfähigkeit ab Januar bis März 2005 rechtzeitig im Sinne der Vertragsbedingungen (vgl. vorstehende Erw. 6.2) gemeldet hat. Selbst wenn nicht auf die genannte Frist von 7 Tagen abgestellt würde, erweist sich das Geltendmachen einer Arbeitsunfähigkeit mit einer Verzögerung von rund sechs Monaten angesichts der Beweissicherungsfunktion einer rechtzeitigen Meldung als eindeutig verspätet. Der Anspruch auf Nachdeckung für längstens drei Monate über die Beendigung des Kollektivvertrages hinaus ist nicht dargetan.

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass kein Anspruch auf Taggeldleistungen über die bereits bis Ende 2004 ausgerichteten besteht. Mithin erweist sich die Klage als unbegründet und ist abzuweisen.

7. Nach Einsicht in die Honorarnote vom 16. Januar 2008 ist Rechtsanwältin Kessi für ihre Bemühungen als unentgeltliche Rechtsvertreterin in vorliegender Sache mit Fr. 3'167.10 aus der Gerichtskasse zu entschädigen (Barauslagen und Mehrwertsteuer inbegriffen).

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Klägers, Rechtsanwältin Christine Kessi, Zürich 8, wird mit Fr. 3'167.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Kläger wird auf § 92 ZPO hingewiesen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christine Kessi
 - A. Assurances SA
 - Bundesamt für Privatversicherungensowie an:
 - Gerichtskasse
5. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt, kann gegen diesen Entscheid innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 72 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel 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).

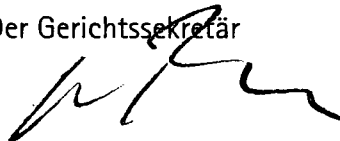
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Der Vorsitzende



Mosimann

Der Gerichtssekretär



Wilhelm

BM/WG/LR

versandt

30. Sep. 2008