



II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichter Gräub
Sozialversicherungsrichter Meyer
Gerichtssekretär Wilhelm

Urteil vom 4. März 2010

in Sachen

X. Versicherungen
Klägerin

gegen

A.
Beklagter

vertreten durch Sozialdienst B.

Sachverhalt:

1. A. , geboren 1958, selbständiger Taxihalter, hat bei der X. Versicherungen im Rahmen einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung das Risiko Unfall mit einem Taggeld von Fr. 250.– pro Tag und einer Wartefrist von 7 Tagen versichert (Urk. 2/2). Mit Einreichen der Unfallmeldung vom 15. September 2005, der Krankmeldung vom 24. September 2005 und der Taggeldkarte vom 11. Oktober 2005 teilte der Versicherte der X. mit, dass ab 4. September 2005 aufgrund eines Unfalles (Sturz auf das Gesäss) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 2/5a-c). Nach Ablauf der Wartefrist von 7 Tagen erbrachte die X. auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis und mit Mai 2006 die vertraglich vereinbarten Taggeldleistungen (Urk. 2/6/1-10).

Am 31. August 2006 teilte die X. dem Versicherten mit, eine vertrauensärztliche Abklärung habe ergeben, ab Januar 2006 habe tatsächlich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Februar 2006 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen, weshalb die bis 31. Mai 2006 ausbezahlten vollen Taggelder zu Unrecht erbracht worden seien (Urk. 2/26). Mit der Leistungsabrechnung vom 2. September 2006 bezifferte die X. die zuviel erbrachten Leistungen auf total Fr. 33'875.– (Urk. 2/27) und forderte sie am 28. September 2006 vom Versicherten zurück (Urk. 2/29). Am 18. Juni 2007 leitete die X. über diesen Betrag die Betreuung ein (Urk. 2/33). Gegen den Zahlungsbefehl vom 20. Juni 2007 erhob der Versicherte am 3. Juli 2007 Rechtsvorschlag (Urk. 2/34).

2. Am 3. Juli 2008 erhob die X. gegen den Versicherten Klage mit dem Rechtsbegehren, der Versicherte sei zu verpflichten, den Betrag von Fr. 33'875.– für zuviel erbrachte Taggeldleistungen in der Zeit vom 1. Februar bis 31. Mai 2006 zu bezahlen. Des Weiteren beantragte die Klägerin den Beizug der Akten in den Verfahren des Versicherten mit der Y. Versicherungen und der Invalidenversicherung sowie eventualiter die Sistierung des Verfahrens bis zum Entscheid der Y. Versicherungen über die Auszahlung der Taggelder ab Februar 2006 respektive bis zum Entscheid des hiesigen Gerichts im Verfahren mit der Invalidenversicherung (Urk. 1). Unter Hinweis auf die Eingabe von Dr. med. C. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. August 2008 (Urk. 5) verzichtete der Versicherte am 19. Dezember 2008 auf eine Stellungnahme zur Klage (Urk. 8). Am 6. April 2009 wurde der Schriftenwechsel geschlossen (Urk. 11).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.
 - 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). Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur; strittige Ansprüche darüber sind in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen, das die Kantone unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze von Art. 85 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) zu regeln haben.
 - 1.2 Im Kanton Zürich ist das Sozialversicherungsgericht zuständig für die Behandlung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (vgl. den Beschluss des Kantonsrates vom 27. November 1995 in Verbindung mit § 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; ab 1. Januar 2005: § 2 lit. b GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).
 - 1.3 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. 31 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kollektive Krankenzusatzversicherung steht den Vertragsparteien bei Streitigkeiten wahlweise der Sitz der Beklagten respektive der Gerichtsstand am schweizerischen Wohnsitz des Beklagten zur Verfügung (Urk. 2/1 S. 6). Sowohl die Klägerin als auch der Beklagte haben ihren Sitz respektive Wohnsitz im Kanton Zürich. Das hiesige Gericht als im Kanton Zürich einziges sachlich zuständiges Gericht (vgl. vorstehende Erwägung 1.2) ist damit in jedem Fall örtlich zuständig.

2.

2.1 Zur Frage betreffend Aktenbeizug und Verfahrenssistierung im Zusammenhang mit der Y. Versicherungen ist zu beachten, dass diese ihre Leistungspflicht für den vorliegend in Frage stehenden Zeitraum an sich nicht in Frage stellte, sondern ihre eigene Rückforderung einzig mit dem Überentschädigungsverbot begründete (vgl. Urk. 2/23). Bei dieser Sachlage ist nicht das vorliegende Verfahren zu sistieren, sondern es ist im Gegenteil die Leistungspflicht der vorleistenden Klägerin für die Zeit ab Februar 2006 vorgängig zu klären. Eines Beizugs der Akten der Y. Versicherungen bedarf es nicht.

2.2 Betreffend das Verfahren mit der Invalidenversicherung ist ebenfalls von einer Sistierung abzusehen. Das Verfahren am hiesigen Gericht in Sachen des Beklagten mit der Invalidenversicherung (Prozess Nr. IV.2007.01029) war im Zeitpunkt der Klageanhebung bereits rechtskräftig entschieden. Das Urteil erging am 8. Januar 2008. Entbehrlich ist sodann auch der Beizug der Akten aus diesem Verfahren. Massgebend im IV-Verfahren ist die psychische Erkrankung des Beklagten (vgl. Erw. 3 f. des Urteils im Verfahren IV.2007.01029), welche gemäss nachstehender Erwägung 6.2 nicht unfallkausal ist.

3.

3.1 Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Art. 85 Abs. 2 VAG).

Das Verfahren ist daher einerseits vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Die Untersuchungsmaxime entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 238 f. Erw. 4a). Sie haben die für die Beurteilung des Anspruchs notwendigen Auskünfte zu erteilen und zur Beschaffung der erforderlichen Unterlagen Hand zu bieten (vgl. BGE 116 V 27).

3.2 Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984 S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Be-

weisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen). Dieser im Sozialversicherungsprozess allgemein gültige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelangt auch im Klageverfahren betreffend Leistungen aus der Zusatzversicherung zur Anwendung (Christine Grünig, Verfahrensfragen in der Krankenversicherung, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Hrsg. Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 193 mit Hinweisen).

- 3.3 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 113 Erw. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Die Parteien tragen mithin in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 142 Erw. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b).
- 3.4 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung hat das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

4.

4.1 Zur Begründung der Klage führte die Klägerin aus, die von Februar bis und mit Mai 2006 ausbezahlten Taggelder habe der Beklagte zu Unrecht erhalten. Im genannten Zeitraum habe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. Die Leistungspflicht aus der Taggeldversicherung setze nicht nur die Versicherungseigenschaft voraus, sondern des Weiteren auch eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit, die einen Erwerbsausfall zur Folge habe. Durch die Bezahlung der nichtgeschuldeten Leistungen habe der Beklagte einen unrechtmässigen Vermögensvorteil erlangt. Diesen habe er zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 10 ff. Ziff. II).

4.2 Der Beklagte verzichtete mit dem Verweis auf die Eingabe seines behandelnden Arztes Dr. med. C. vom 5. August 2008 (vgl. Urk. 5) auf eine Stellungnahme (Urk. 8).

4.3 Dr. C. führte in der Eingabe vom 9. August 2008 aus, er habe mit dem Beklagten die Sachlage soweit möglich besprochen. Der Beklagte habe diese aber nicht wirklich verstanden. Er sei nach wie vor der Auffassung, dass die Klägerin ihm und nicht er der Klägerin Geld schulde. Er fühle sich von der Klägerin betrogen, weil Dr. med. D., Vertrauensarzt der Klägerin, bei ihm seinerzeit eine Verletzung des Steissbeins diagnostiziert und nach vorgängiger Physiotherapie eine Operation empfohlen habe. Hernach habe ihn die Klägerin für voll arbeitsfähig erklärt (Urk. 5 S. 1).

5.

5.1 Mit Unfallmeldung vom 15. September 2005 teilte der Beklagte der Klägerin mit, er sei auf das Gesäss gestürzt (Urk. 2/5a S. 1). Die behandelnde Ärztin Dr. med. E., FMH Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Zwischenbericht vom 18. November 2005 einen Status nach Kontusion des Os Coccygeum (Steissbein). Die Prognose bezeichnete sie als gut. Sie attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2005. Ab 1. Dezember 2005 erachtete sie die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit als Taxifahrer im Umfang von 50 % als zumutbar. Des weiteren empfahl sie eine Untersuchung durch den Vertrauensarzt (Urk. 2/7).

5.2 Dr. D. untersuchte den Beklagten gemäss Bericht vom 20. Dezember 2005 (Urk. 2/10) am 9. Dezember 2005. Im erwähnten Bericht vom 20. Dezember 2005, in der Kurzbeurteilung mit gleichem Datum (Urk. 2/14) und in der Stel-

lungnahme vom 13. Dezember 2005 (Urk. 2/13) bestätigte er Diagnose einer Kontusion des Steissbeins. Er attestierte ab sofort (9. Dezember 2005) eine Arbeitsfähigkeit von 50%, die mit den geeigneten Massnahmen (medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Verwendung eines Sitzringes) innert zweier Monate auf 100 % gesteigert werden könne. Des Weiteren stellte er fest, beim Beklagten liege eine deutliche psychische Belastungssituation mit einer pathologischen psychischen Verfassung vor. Angezeigt sei eine psychiatrische Behandlung, jedoch limitiere der psychische Zustand die Arbeitsfähigkeit nicht (Urk. 2/10 S. 3).

5.3 Am 16. Dezember 2005 teilte der behandelnde Psychiater Dr. med. C. mit, seit 14. Dezember 2005 behandle er den Beklagten. Tatsächlich sei dieser psychisch auffällig. Aktuell sei er als Taxifahrer arbeitsunfähig (Urk. 2/11).

Am 12. Januar 2006 berichtete Dr. C. , der Beklagte leide an einer psychischen Dekompensation mit labilem und wechselhaftem Zustand. Differentialdiagnostisch zog Dr. C. eine Anpassungsstörung mit Gefühlsbeeinträchtigung in schwieriger Lebenssituation respektive eine agitierte Depression mit psychotischen Symptomen in Betracht. Er stellte sich auf den Standpunkt, für eine Prognosestellung sei es noch zu früh. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aufgrund der Stimmungsschwankungen, der Agitiertheit und der Konzentrations- und Denkstörungen stelle der Beklagte für die Kundschaft und im Strassenverkehr eine Gefahr dar (Urk. 2/16 S. 1 ff.).

Im Bericht vom 7. Mai 2006 führte Dr. C. aus, der Zustand habe sich inzwischen kaum verändert. Bis anhin habe keine eigentliche Therapie stattgefunden. Der Beklagte wolle keine Medikamente einnehmen und wolle sich keiner stationären Behandlung unterziehen. Zur Zeit lägen verschiedene Symptome vor, die eine Arbeitstätigkeit verunmöglichten. Es falle eine ausgeprägte Stimmungslabilität auf. Depressive Verstimmungen mit Weinerlichkeit würden von aggressivem Gebaren im Sinne von Wut, Zorn und Ärger abgelöst. Die Impulskontrolle sei eingeschränkt und der Beklagte leide an Verfolgungs- und Wahnideen (Urk. 2/19 S. 1 f.).

Am 20. August 2006 ergänzte Dr. C. , obschon der Beklagte zwischenzeitlich mit einer medikamentösen neuroleptischen Behandlung einverstanden sei, sei bis jetzt keine Veränderung im Verhalten aufgetreten. Das Gespräch sei nach wie vor schwierig und es könne keine echte Verbindlichkeit hergestellt werden. Nach wie vor sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 2/24/1-2).

6.

- 6.1 Die somatischen Unfallfolgen sind medizinisch ausreichend abgeklärt worden. Sowohl Dr. E. als auch Dr. D. stellten übereinstimmend einen Status nach Kontusion des Steissbeins am 3. September 2005 mit der Folge einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit fest. Auffälligkeiten oder Besonderheiten im Zusammenhang mit dieser Kontusion konnten keine festgestellt werden. Namentlich konnte eine Fraktur oder Läsion im Bereich des Os Coccygeum nicht nachgewiesen werden.

Es vermag somit zu überzeugen, dass beide Ärzte zum Schluss kamen, mit den geeigneten Massnahmen (medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Verwendung eines Sitzringes) könne ab Dezember 2005 wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und spätestens zwei Monate hernach wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Taxifahrer ausgegangen werden.

Dass weiterhin Beschwerden bestanden, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge unterlassener therapeutischer Massnahmen. So weit bekannt, unterzog sich der Beschwerdeführer bis heute den angezeigten Massnahmen nicht, die gemäss ärztlicher Beurteilung zu einer raschen Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Die Auswirkungen dieser Missachtung der Schadenminderungspflicht sind dem Beklagten zuzurechnen.

Dass Dr. D. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eine Operation als nötig erachtete, was der Beklagte durch Dr. C. in dessen Eingabe vom 9. August 2008 geltend machte (vgl. Urk. 5 1), ist weder aktenkundig noch drängt sich eine derartige Schlussfolgerung aufgrund der erhobenen Befunde auf.

Zu beachten ist des Weiteren, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben vor 20 Jahren bereits an Rückenbeschwerden gelitten hatte (vgl. Urk. 2/10 S. 2). Beschwerden in diesem Zusammenhang können daher nicht ausgeschlossen werden. Diese sind aber in Bezug auf die Leistungspflicht der Klägerin nicht massgebend.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass mit Bezug auf die somatischen Folgen des Ereignisses vom 4. September 2005 entsprechend der Beurteilung durch den Vertrauensarzt Dr. D. (vgl. vorstehende Erw. 5.2) ab Dezember 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und seit Februar 2006 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer gegeben war.

- 6.2 Es fragt sich, ob die psychischen Probleme, aufgrund derer der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit gemäss der Beurteilung durch Dr. C. nicht mehr

ausüben kann, in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. September 2005 stehen.

Es fällt auf, dass Dr. C. bis dato keine gesicherte Diagnose stellen konnte. Im Bericht vom 12. Januar 2006 gab er an, der Beklagte leide an einer psychischen Dekompensation im Rahmen einer Anpassungsstörung mit Gefühlsbeeinträchtigung in schwieriger Lebenssituation oder an einer agitierten Depression mit fraglichen psychotischen Symptomen (Urk. 2/16 S. 1). Im Bericht vom 7. Mai 2006 äusserte Dr. C. sodann, vorläufig gehe er davon aus, dass es sich um eine agitierte Depression mit psychotischer Symptomatik bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur handle (Urk. 2/19 S. 2).

Das Unfallereignis muss bezogen auf den äusseren Ablauf und angesichts der damit verbundenen (somatischen) gesundheitlichen Beeinträchtigung als banal eingestuft werden. Der Beklagte stürzte und schlug mit dem Gesäss auf einer Sitzbank und mit der rechten Thoraxseite auf einem Festisch auf (vgl. Urk. 2/10 S. 1), wobei lediglich im Zusammenhang mit der Kontusion des Steissbeins Beschwerden auftraten. Weder nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge noch nach der allgemeinen Lebenserfahrung ist damit zu rechnen, dass im Anschluss an ein solch alltägliches Ereignis mit nur geringfügigen somatischen Folgen derart gravierende psychische Anomalien auftreten. Der zwischen dem Unfallereignis vom 4. September 2005 und der psychischen Beeinträchtigung erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ist somit zu verneinen, weshalb die Klägerin in diesem Zusammenhang keine Leistungspflicht trifft.

- 6.3 Da zum einen der Beklagte aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit Bezug auf die somatischen Unfallfolgen ab Februar 2006 wieder voll arbeitsfähig war und zum anderen in Bezug auf die psychische Beeinträchtigung die nötige Kausalität mit dem Ereignis vom 4. September 2005 nicht gegeben ist, richtete die Klägerin ab Februar bis Ende Mai 2006 ohne Rechtsgrund Taggelder aus. Auf diese hatte der Beklagte keinen Rechtsanspruch. Die für die Zeit vom 1. Februar 2006 bis 31. Mai 2006 ausbezahlten Taggelder hat der Beklagte somit zurückzuerstatten.
- 6.4 Im Februar 2006 bezahlte die Klägerin Taggelder in der Höhe von Fr. 7'000.-- aus, im März 2006 waren es Fr. 7'750.--, im April 2006 Fr. 7'500.-- und im Mai 2006 Fr. 7'750.-- (Urk. 2/6/7-10). Dies ergibt einen Gesamtbetrag von Fr. 30'000.--. Die Klägerin bezifferte die Rückforderung mit Fr. 33'875.--. Darin eingeschlossen ist nebst den erwähnten Betreffnissen die Hälfte der für Januar 2006 ausbezahlten Taggelder, nämlich Fr. 3'875.-- (Urk. 2/27/6). Da sich die Rückforderung gemäss Rechtsbegehren ausdrücklich auf die Zeit von Februar

2006 bis und mit Mai 2006 bezieht (Urk. 1 S. 2) und die Klägerin in diesem Zeitraum Taggelder in der Höhe von Fr. 30'000.-- bezahlte, ist lediglich eine Rückforderung in der Höhe von Fr. 30'000.-- ausgewiesen. Die Klage ist somit teilweise gutzuheissen.

Das Gericht erkennt:

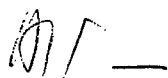
1. In teilweiser Guttheissung der Klage wird der Beklagte verpflichtet, der Klägerin den Betrag von Fr. 30'000.-- zu bezahlen. Im Mehrbetrag wird die Klage abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - X. Versicherungen
 - Sozialdienst B.
 - Bundesamt für Privatversicherungen
4. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt (beträgt), 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten 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 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

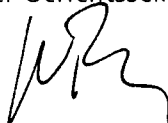
Der Vorsitzende



Mosimann

BM/WG/BS

Der Gerichtssekretär



Wilhelm

versandt

11. März 2010