

II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Gräub als Einzelrichter  
Gerichtsschreiberin Fehr

## **Urteil vom 20. September 2011**

in Sachen

1. A.

2. B.

Klagende

beide vertreten durch Rechtsanwalt Roger Vago

gegen

X. Versicherungen

Beklagte

## Sachverhalt:

1.

1.1 Mit Eingabe vom 22. März 2010 leiteten A., geboren 1935, und B., geboren 1937, unter Beilage der Weisung des Friedensrichteramtes der Stadt Zürich vom 25. Februar 2010 (Urk. 2/1), beim Bezirksgericht Zürich eine Forderungsklage ein mit dem Begehren, die X. Versicherungen sei zur Bezahlung von je Fr. 2'100.--, jeweils nebst Zins von 5 % seit 9. Dezember 2009, an A. und B. zu verpflichten (Urk. 2/2).

Mit Verfügung vom 18. Mai 2010 trat das Bezirksgericht Zürich mangels Zuständigkeit auf die Klage nicht ein (Urk. 1/2) und überwies am 27. Mai 2010 die Angelegenheit zur Weiterbehandlung ans Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (Urk. 1/1), welches die Eingabe unter der Prozessnummer KV.2010.00037 anlegte.

1.2 Auf die gerichtliche Aufforderung vom 3. Juni 2010 hin (Urk. 5) substantiierten die Versicherten am 16. Juni 2010 ihre Begehren und beantragten einerseits, die X. Versicherungen sei zu verpflichten, A. und B. aus der obligatorischen Krankenversicherung für die vom 2. bis 21. August 2009 stattgehabten stationären Badekuren je einen Beitrag von Fr. 210.--, zuzüglich Zins von 5 % seit 9. Dezember 2009, zu bezahlen (Urk. 7 S. 3), und andererseits sei die X. Versicherungen gestützt auf die Zusatzversicherungen zu verpflichten, A. und B. je Fr. 420.-- und Fr. 1'470.--, jeweils zuzüglich Zins von 5 % ab 9. Dezember 2009, für die besagten Badekuren zu bezahlen (Urk. 7 S. 3-4).

2.

2.1 Das Gericht legte daraufhin neben dem Verfahren KV.2010.00037 ein separates Verfahren für das Begehren aus Zusatzversicherungen unter der vorliegenden Prozessnummer KK.2010.00020 an und übernahm die Akten in

Kopie aus dem ersten Prozess als Urk. 1-8. Am 28. Juni 2010 forderte es die X. Versicherungen zur Erstattung der Klageantwort auf (Urk. 9).

Für das weitere Verfahren betreffend die Ansprüche der Versicherten aus der obligatorischen Krankenversicherung wird auf das heutige Urteil im Prozess KV.2010.00037 verwiesen.

- 2.2 Im Klageverfahren KK.2010.00020 ersuchte die X. Versicherungen mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2010 um Abweisung der Klage (Urk. 13). Davon wurde den Versicherten am 1. November 2010 Kenntnis gegeben (Urk. 15).

### **Der Einzelrichter zieht in Erwägung:**

1.

- 1.1 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Diese Feststellung gilt auch mit Blick auf das Rechtsmittel.

- 1.2 Gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 E. 1 und 232 E. 2b).

- 1.3 Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 Abs. 2 lit. b GSVGer).

Die Zuständigkeit in örtlicher Hinsicht ist gestützt auf die vertragliche Gerichtsstandsvereinbarung ebenfalls

unstrittig zu bejahen, steht doch den Versicherten als Gerichtsstand wahlweise Luzern oder ihr schweizerischer Wohnsitz - hier Zürich - zur Verfügung (Ziff. 37.2 der Allgemeinen Vertragsbedingungen, AVB, zu den Pflegezusatzversicherungen, Ausgabe 2007; Urk. 14/4).

1.4 Das Gericht stellt die für den Entscheid erheblichen Tatsachen von Amtes wegen fest. Es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 23 Abs. 1 GSVGer). Das Verfahren ist kostenlos (§ 33 GSVGer).

2.

2.1 Die Klagenden haben bei der Beklagten neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch Zusatzversicherungen abgeschlossen, nämlich unter anderem die hier massgebenden Zusatzversicherungen „x1\_\_\_\_\_“ und die „Spitalversicherung x2\_\_\_\_\_: private Abteilung“ (Urk. 14/1-2). Die Versicherung x1\_\_\_\_\_ leistet bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss Art. 40 KVG einen Beitrag von Fr. 30.-- pro Tag für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr (Zusätzliche Versicherungsbedingungen x1\_\_\_\_\_, ZVB x1\_\_\_\_\_, Urk. 14/5 Ziff. 5.1). Gemäss ZVB zur Spitalpflegeversicherung x2\_\_\_\_\_ leistet diese Versicherung bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss Art. 40 KVG einen Beitrag von Fr. 70.-- pro Tag für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr (ZVB x2\_\_\_\_\_, Urk. 14/6 Ziff. 10.1 und Ziff. 10.3).

Diese Leistungen werden jeweils nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche ambulant nicht möglich ist (ZVB x1\_\_\_\_\_, Urk. 14/5 Ziff. 5.2; ZVB x2\_\_\_\_\_, Urk. 14/6 Ziff. 10.2).

Keine Leistungen werden ausgerichtet für Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen ist (AVB, Urk. 14/4 Ziff. 31.2).

- 2.2 Unstreitig und ausgewiesenermassen hielten sich die Klagenden vom 2. bis 21. August 2009 zur Badekur in St. Moritz auf. Die Beklagte hat die dort angefallenen Behandlungskosten aus der obligatorischen Krankenversicherung übernommen, wie aus den Leistungsübersichten betreffend die Zeit vom 3. bis 21. August 2009 hervorgeht (Urk. 14/33-34).

Die Beklagte weigert sich indes, die weitergehenden, vorstehend unter E. 2.1 dargestellten Beiträge für die Badekuren zu erbringen.

- 2.3 Die Klagenden beantragen, die Beklagte sei zu verpflichten, für die vom 2. bis 21. August 2009 stattgehabte Badekur jedem von ihnen Beiträge von Fr. 420.-- aus der Zusatzversicherung x1\_\_\_\_\_ und von Fr. 1'470.-- aus der Zusatzversicherung x2\_\_\_\_\_ an die Kosten des Kuraufenthaltes zu erbringen (Urk. 7).

Die Beklagte verneint hingegen einen Leistungsanspruch. Den Kuranordnungen von Dr. med. C., Facharzt für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, vom 8. und 17. Dezember 2008 (Urk. 14/7-8) seien keine ambulanten physiotherapeutischen Behandlungen vorausgegangen. Die Klägerin habe sich nur vom 15. bis 29. Februar 2008 einer Physiotherapie unterzogen, aber nicht wegen der von Dr. C. genannten Leiden. Seine für beide Klagenden praktisch seit Jahren gleichlautenden Kuranordnungen wie auch der Kurplan seien jeweils weit vor dem Kurantritt ausgestellt worden. Es könne daher nicht auf diese Anordnung abgestellt werden, ebenso wenig wie auf jene der Ärzte des Universitätsspitals Zürich (USZ), von Dr. med. D. vom Heilbad St. Moritz oder auf jene von Dr. med. E., Facharzt für Neurologie FMH, da eine familiäre Entlastung keine medizinische Indikation für eine Badekur begründe. Es liege somit gar keine

überzeugende ärztliche Anordnung vor. Der Badekur seien auch keine intensiven Behandlungen vorausgegangen, weshalb die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien. Es könne auch nicht von einer wirtschaftlichen Behandlung im Sinne von Ziff. 31.2 AVB (Urk. 14/4) gesprochen werden (Urk. 13).

- 2.4 Streitig ist somit, ob die Beklagte gestützt auf die mit den Klagen abgeschlossenen Zusatzversicherungen x1\_\_\_\_\_ und Spitalpflegeversicherung x2\_\_\_\_\_ Leistungen an die vom 2. bis 21. August 2009 absolvierte Badekur zu erbringen hat.

3.

- 3.1 Zunächst ist zu prüfen, wie es sich mit der Leistungspflicht in Bezug auf den Kläger verhält.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich gleich wie in der Streitigkeit zur obligatorischen Krankenversicherung in Sachen der Parteien (KV.2010.00037). Diesbezüglich kann auf die Darstellung in den E. 4.2-6 des heutigen Urteils im Prozess KV.2010.00037 verwiesen werden.

- 3.2 Hinsichtlich des Klägers ist ausgewiesen und unbestritten, dass er nach seinem letzten Aufenthalt im USZ im März/April 2008 (Urk. 14/33 S. 1-2) ausser der im Rahmen der Badekur absolvierten ambulanten Physiotherapie keine weitere Behandlung beansprucht hat. Gestützt auf die wegen Rücken- und Schulterbeschwerden am 1. Dezember 2008 respektive vom 5. Mai 2009 von Dr. C. verfassten Verordnungen (Urk. 14/43/3, Urk. 14/44/3) kam die Beklagte für die Kosten für neun Physiotherapiesitzungen in der Zeit vom 12. Januar bis 30. März 2009 und für weitere neun Sitzungen in der Zeit vom 7. Mai bis 8. Juni 2009 auf (Urk. 14/33 S. 3, Urk. 14/43/1, Urk. 14/44/1).

Entgegen der Darstellung der Beklagten kann daher nicht gesagt werden, dass der Badekur im Sommer 2009 keine

intensive ambulante Behandlung im Sinne der ZVB X1\_\_\_\_\_ und x2\_\_\_\_\_ vorausgegangen wäre, mit welcher der gewünschte Erfolg indes offenbar nicht erzielt werden konnte, wie neben Dr. C. auch die Ärzte des USZ bestätigten.

Daran ändert auch nichts, dass die ärztliche Verordnung für die Badekur bereits am 14. Dezember 2008 ausgestellt wurde (Urk. 14/7). Denn die Beurteilung der Indikation der Badekur hat - wie im Sozialversicherungsrecht üblich - prospektiv zu erfolgen, welche Einschätzung Dr. C. im Dezember 2008 abgegeben hat. Dass die ambulanten Physiotherapien allein nicht genügten, bestätigte Dr. D. im Übereinstimmung mit dem Hausarzt, wobei diese Beurteilung ex post erfolgte, und für sich allein noch keine medizinische Indikation begründen würde. Da die abweichende Einschätzung durch den Vertrauensarzt aber nicht nachvollziehbar ist, vermag sie die Verordnung von Dr. C. nicht zu entkräften.

- 3.3 Die Beklagte verneinte sodann, dass die Badekur wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich im Sinne von Ziff. 31.2 der AVB (Urk. 14/4) sei (Urk. 13 S. 8 f.). Die AVB definieren diese Begriffe nicht näher.

Bezüglich der Auslegung des Vertrages ist anzumerken, dass Individualabreden in der Regel vorformulierten Vertragsbestimmungen vorgehen (BGE 93 II 326 E. 4b S. 326; 123 III 44 E. 2c/bb; Fuhrer, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 33 Rz 77 ff.). Im Übrigen sind vorformulierte Vertragsbestimmungen und individuell verfasste Vertragsklauseln grundsätzlich nach den gleichen Regeln auszulegen (vgl. BGE 133 III 681 E. 3.3). Somit bestimmt sich der Inhalt in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen

verstanden werden durften und mussten (vgl. BGE 133 III 681 E. 3.3; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts in Sachen Versicherung X. vom 12. Juli 2005, 5C.271/2004, E. 2). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. Auch dem systematischen Element muss bei der Auslegung breit angelegter allgemeiner Vertragsbestimmungen praxisgemäss erhebliches Gewicht beigemessen werden. Gleichwohl steht die Auslegung anhand des Wortlauts an erster Stelle (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 20. April 2007, 5C.21/2007, E. 3.1).

Mit Blick auf die in Ziff. 31.2 genannten Begriffe greift einerseits eine Auslegung nach dem Wortlaut zu kurz und andererseits bleibt diesbezüglich der Parteiwille ungewiss. Art. 32 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verwendet jedoch die nämlichen Begriffe, weshalb es sich rechtfertigt, diese nach der im KVG-Bereich gültigen Bedeutung auszulegen.

- 3.4 Damit ist in Bezug auf die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Badekur vollumfänglich auf die Erwägungen 5.1-2 im heutigen Urteil KV.2010.00037 zu verweisen. Es besteht keine Veranlassung, von jenen Erwägungen in der vorliegenden zusatzversicherungsrechtlichen Streitigkeit abzuweichen.

Die Leistungsvoraussetzungen nach Ziff. 31.2 AVB sind daher erfüllt, weshalb der Anspruch des Klägers auf Badekurbeiträge aus den Ergänzungsversicherungen „x1\_\_\_\_\_“ und „Spitalversicherung x2\_\_\_\_\_“ im Grundsatz ausgewiesen ist.

- 3.5 In masslicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Kur unstreitig und ausgewiesenermassen (Urk. 14/18) vom 2. bis 21. August 2009 gedauert hat. Damit sind für 20 Tage Beiträge zu leisten, was bei einem Ansatz von Fr. 30.-- pro Tag (x1\_\_\_\_\_) Fr. 600.-- und bei einem

Ansatz von Fr. 70.-- pro Tag (Spitalpflegeversicherung x2\_\_\_\_\_ ) Fr. 1'400.-- ergibt.

Im Klageverfahren ist die Dispositionsmaxime nach § 54 Abs. 2 ZPO (in Verbindung mit § 28 lit. a GSVGer) massgebend. Das Gericht darf damit einer Partei weder mehr noch anderes zusprechen, als sie selbst verlangt, noch weniger, als der Gegner anerkannt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2010 in Sachen X., 4A\_572/2010 E. 4.1).

In Anbetracht der vom Kläger eingeklagten Summe von Fr. 420.-- und Fr. 1'470.-- (Urk. 7 S. 4) ist demnach die Klage in diesem Umfang gutzuheissen.

- 3.6 Ebenfalls zuzusprechen sind dem Kläger gestützt auf Art. 100 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) die beantragten unbestritten gebliebenen Verzugszinsen zu 5 %.

Ist eine Verbindlichkeit fällig, so wird der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt (Art. 102 Abs. 1 OR). Es ist aktenkundig, dass der Kläger verschiedentlich, so am 16. Juli 2009 (Urk. 14/16) und am 30. Oktober 2009 (Urk. 14/25) die Leistungen gefordert, bzw. abgemahnt hat, was unbestritten blieb.

Mit Eingabe vom 9. Dezember 2009 hat der Kläger wohl den Friedensrichter angerufen, wo die Sendung am Folgetag einging (vgl. Urk. 2/1 S. 1). Wie beantragt ist dem Kläger daher die Zeit ab 9. Dezember 2009 auf dem Betrag von Fr. 1'890.-- ein Zins von 5 % zu bezahlen.

Insoweit ist demnach die Klage gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, A. Fr. 1'890.-- zuzüglich Zins von 5 % ab 9. Dezember 2009, zu bezahlen.

4.

- 4.1 Es bleibt die Forderung für die gleichzeitig und gleichenorts von B. durchgeführte Badekur in St. Moritz zu prüfen.

Hinsichtlich der sie betreffenden medizinischen Aktenlage ist auf die Darstellung in den E. 6.2-7 im Urteil KV.2010.00037 zu verweisen.

- 4.2 Aus den von der Beklagten eingereichten Leistungsübersichten betreffend die Zeit ab 24. Januar 2008 erhellt, dass die Klägerin - ausser jeweils im Heilbad St. Moritz - wegen der chronischen Rückenbeschwerden lediglich vom 12. Januar 2009 bis am 30. März 2009 in physiotherapeutischer Behandlung stand (Urk. 14/45/1, Urk. 14/34).

Die in den ZVB x1\_\_\_\_\_ und Spitalversicherung formulierte Leistungsvoraussetzung (Urk. 14/5 Ziff. 5.2, Urk. 14/6 Ziff. 10.2), wonach „der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen“ sein muss, definiert zwar nicht, wann eine Behandlung als intensiv im Sinne des Versicherungsvertrages gelten kann. Ausgehend von der Wortbedeutung intensiv, das heisst eingehend, gründlich, ausführlich, kann bei neun Physiotherapiesitzungen noch nicht von einer intensiven Behandlung gesprochen werden.

Anders als beim Kläger ist hier auch nicht ausgewiesen, dass die im Frühjahr 2009 durchgeführte Behandlung nicht gewirkt hätte, hat sich doch hiezu kein befasster Arzt geäussert. Der vom Vertrauensarzt gezogene Schluss, mit einer ambulanten Behandlung wäre ein vergleichbares, aber in finanzieller Hinsicht wirtschaftlicheres Ergebnis erzielt worden, wird aufgrund der aufgelegten ärztlichen Unterlagen nicht widerlegt. Namentlich ist dem Bericht von Dr. D. vom 22. August 2009 nichts zum Erfolg der vor Eintritt ins Heilbad St. Moritz durchgeführten ambulanten Physiotherapie zu entnehmen. Die Bescheinigung von Dr. E. vermag die vertrauensärztliche Einschätzung auch nicht umzustossen, zumal die Badekur nicht wegen der von ihm behandelten Demenz, sondern wegen der Rückenbeschwerden angeordnet wurde. Dr. E. erachtete die Badekur für medizinisch indiziert, weil damit die Familie bei der Pflege entlastet werde (Urk. 14/12). Wie die Beklagte gestützt

auf ihren Vertrauensarzt zutreffend festhielt, vermag dieser pflegerische und familiäre Aspekt, wenn auch durchaus schützenswert, einen stationären Badeaufenthalt medizinisch nicht zu begründen. Insbesondere ist nicht einzusehen, weshalb der medizinische Zweck nicht mittels ambulanter Behandlung erreicht werden könnte.

- 4.5 Demnach sind in Bezug auf die Klägerin die Leistungsvoraussetzungen nach Ziff. 5.2 respektive Ziff. 10.2 der ZVB (Urk. 14/5-6) nicht erfüllt, weshalb die Beklagte diesbezüglich ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat.

Die Klage von B. ist daher abzuweisen.

5.

- 5.1 Die Klagenden stellten Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung (Urk. 7 S. 4).

Stellt die obsiegende Partei einen entsprechenden Antrag oder ist dies von andern Gesetzen so vorgesehen, verpflichtet das Gericht gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer die unterliegende Partei zum Ersatz der Parteikosten. Nach § 34 Abs. 2 GSVGer steht den Versicherungsträgern und den Gemeinwesen der Anspruch auf eine Parteientschädigung nur zu, soweit er von anderen Gesetzen nicht ausgeschlossen ist.

- 5.2 Da die Beklagte im vorliegenden Verfahren nicht durch einen externen Anwalt vertreten war, ist ihr für ihr teilweises Obsiegen keine Prozessentschädigung zuzusprechen.

Die Klagenden obsiegen bloss teilweise, das heisst in Bezug auf den Kläger, weshalb ihre Prozessentschädigung um die Hälfte zu kürzen ist. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Klagebegründung vom 16. Juni 2010 (Urk. 7) in der nämlichen Eingabe erfolgte wie die Beschwerdebegründung für das Verfahren KV.2010.00037. In diesem Verfahren kann der entsprechende Aufwand deshalb nur zur Hälfte angerechnet werden.

Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt sich, den Klagenden eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen.

### **Der Einzelrichter erkennt:**

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, A. Fr. 1'890.-- zuzüglich Zins von 5 % ab 9. Dezember 2009 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beklagte wird verpflichtet, den Klagenden eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.
4. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
5. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Roger Vago
  - X. Versicherungen
  - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA
6. Da der Streitwert unter Fr. 30'000.-- liegt, kann gegen diesen Entscheid innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt (Art. 74 Abs. 2 lit. a BGG).

Soweit keine Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG zulässig ist, kann gegen diesen Entscheid innert der gleichen Frist von **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht die subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. BGG erhoben werden. Gerügt werden kann nach Art. 116 BGG die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten.

Werden sowohl die zivilrechtliche Beschwerde als auch die subsidiäre Verfassungsbeschwerde erhoben, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. 1 BGG).

Die Fristen stehen 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 Einzelrichter

Die Gerichtsschreiberin

Gräub

Fehr

EG/PF/LR

versandt