

I. Kammer
Sozialversicherungsrichter Spitz als Einzelrichter
Gerichtsschreiberin Kobel

Urteil vom 22. August 2014

in Sachen

X. ____

Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt Peter Kuhn
BILL ISENEGGER ACKERMANN AG, Rechtsanwälte
Witikonstrasse 61, Postfach, 8032 Zürich

gegen

ASSURA S.A.
Avenue Charles-Ferdinand Ramuz 70, 1009 Pully
Beklagte

Zustelladresse: Assura
Case postale 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne

Sachverhalt:

1.X.____, geboren 1966, stellte am 14. November 2009 bei der Assura S.A. (Assura) den Antrag (Urk. 7/16) auf Abschluss der Spitalzusatzversicherung Optima (Privatabteilung mit 2-Bett-Zimmer gemäss den „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG“, Ausgabe 10.01, Urk. 7/19) und wurde per 1. Januar 2010 in diese Versicherung aufgenommen (vgl. die Versicherungspolice vom 26. November 2009, Urk. 7/1).

Im November 2012 suchte X.____ wegen eines lumboradikulären Schmerzsyndroms notfallmässig die Y.____ Klinik auf (Bericht der Y.____ Klinik vom 22. November 2012, Urk. 7/2). Die Y.____ Klinik erhob den Befund einer Diskushernie mediolateral im Segment L5/S1 mit rezessaler Enge für die Nervenwurzel S1 (Urk. 7/2 S. 1), stellte die Indikation für eine Operation und ersuchte die Assura am 20. Dezember 2012 um Kostengutsprache (Urk. 7/4). Die Assura holte den Bericht der Y.____ Klinik vom 11. Januar 2013 ein (Urk. 7/7) und entnahm dem Notfallbericht vom 22. November 2012, dass die Versicherte sich bereits im Jahr 2003 einer Wirbelsäulenoperation unterzogen hatte, damals an der Halswirbelsäule auf der Höhe C5/6 (vgl. Urk. 7/2 S. 1 sowie den Operationsbericht der Y.____ Klinik vom 8. September 2003, Urk. 2/10). Sie konstatierte, dass diese Operation im Fragebogen des Antragsformulars nicht erwähnt war, und bat die Versicherte mit Brief vom 11. Januar 2013 darum, die Gründe dafür anzugeben (Urk. 7/6). Mit Schreiben vom 16. Januar 2013 antwortete der behandelnde Arzt Dr. med. Z.____ an Stelle der Versicherten (Urk. 7/8).

Nachdem die geplante Wirbelsäulenoperation am 14. Januar 2013 in der Y.____ Klinik in stationärem Rahmen durchgeführt worden war (Urk. 2/8), schrieb die Assura der Klinik am 25. Januar 2013, dass sie für die Operation nur die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen werde, da die Versicherte in Verletzung ihrer Anzeigepflicht die Wirbelsäulenoperation des Jahres 2003 im Zusatzversicherungsantrag nicht deklariert habe. Deshalb werde für Diskushernien der Wirbelsäule ein Vorbehalt gesetzt (Urk. 7/9). Mit Schreiben vom 28. Januar 2013 teilte die Klinik der Versicherten persönlich mit, dass Behandlungen und allfällige Spitalaufenthalte im Zusammenhang mit „Diskushernien der Wirbelsäule und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule“ von der Zusatzversicherung Optima ausgeschlossen seien (Urk. 7/10). Dementsprechend leistete die Assura der Klinik am 21. Februar 2013 lediglich Gutsprache für die Kosten der Behandlung in der Allgemeinen Abteilung (Urk. 7/11).

Mit Schreiben an die Assura vom 5. März 2013 liess die Versicherte, vertreten durch die Bill Isenegger Ackermann AG, geltend machen, sie habe entgegen deren Auffassung Anspruch auf die Übernahme der strittigen Zusatzkosten aus der Zusatzversicherung Optima (Urk. 7/12). Die Assura hielt mit Brief vom 20. März

2013 an der Leistungsablehnung fest (Urk. 7/13). Am 8. Mai 2013 stellte die Y.____ Klinik deshalb die Zusatzkosten des Aufenthalts in der privaten Abteilung der Versicherten persönlich in Rechnung (Urk. 2/8).

2. Mit Eingabe vom 10. Juli 2013 liess X.____ durch Rechtsanwalt Peter Kuhn beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich gegen die Assura Klage einreichen (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, „es sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin CHF 7'525.00 zzgl. Zins von 5 % seit 1. Juni 2013 zu zahlen“ (Urk. 1 S. 2). Die Assura holte bei ihrem Vertrauensarzt Dr. med. A.____ die Stellungnahme vom 30. Juli 2013 ein (Urk. 7/17), worin der Arzt seine Empfehlung bestätigte, einen Vorbehalt für „Folgeleiden und Rezidive bei degenerativer Veränderung und Diskushernien der Wirbelsäule“ zu machen (Urk. 7/17 S. 2). In der Klageantwort vom 12. September 2013 beantragte die Assura daraufhin, die Klage sei abzuweisen (Urk. 6). In der Replik vom 17. Oktober 2013 (Urk. 12) und in der Duplik vom 19. November 2013 (Urk. 15) blieben die Parteien bei ihren Standpunkten.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beklagte der Klägerin aus der Zusatzversicherung Optima die Zusatzkosten im Betrag von Fr. 7'525.-- zu vergüten hat, die durch die Durchführung der Wirbelsäulenoperation vom 14. Januar 2013 in der Privatabteilung der Y.____ Klinik angefallen sind.

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]).

2.

2.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) hat der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Erheblich sind nach Art. 4 Abs. 2 VVG diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben. Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden nach Art. 4 Abs. 3 VVG als erheblich vermutet.

2.2

2.2.1 Art. 6 VVG regelt die Folgen der verletzten Anzeigepflicht; die Bestimmung wurde im Rahmen der Teilrevision des VVG per 1. Januar 2006 revidiert.

Nach Art. 6 Abs. 1 VVG in der revidierten Fassung ist der Versicherer dort, wo der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, dazu berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen, wobei die Kündigung mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam wird. Das Kündigungsrecht erlischt nach Art. 6 Abs. 2 VVG vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Wird der Vertrag durch Kündigung nach Abs. 1 aufgelöst, so erlischt nach Art. 6 Abs. 3 VVG auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist, und soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

2.2.2 In Art. 8 VVG werden die Tatbestände aufgezählt, bei denen der Versicherer den Vertrag trotz einer Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 6 VVG nicht kündigen kann. Auch diese Bestimmung wurde im Zuge der Teilrevision per 1. Januar 2006 neu formuliert. Von der Kündigung ausgenommen ist nach Art. 8 Ziffer 5 VVG in der ab 1. Januar 2006 gültigen Fassung unter anderem der Fall, wo der Versicherer auf das Kündigungsrecht verzichtet hat.

2.3 Von der Aufhebung des Versicherungsvertrags durch Kündigung zu unterscheiden ist der Fall, wo der Vertrag nichtig und damit von Anfang an nicht wirksam ist. Nach Art. 9 VVG ist Nichtigkeit dann gegeben, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war.

3.

3.1 Die Beklagte berief sich im leistungsablehnenden Schreiben vom 28. Januar 2013 (Urk. 7/10) auf die Regelung zur Nichtigkeit in Art. 9 VVG und zitierte zusätzlich ihre „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG“, Ausgabe 10.01 (AVB; Urk. 7/18), die in der Versicherungspolice vom 26. November 2009 als anwendbar erklärt werden (vgl. Urk. 7/1).

Art. 4 AVB steht unter der Überschrift „Deckungsbegrenzungen“, und in Art. 4.1 werden verschiedene Tatbestände aufgezählt, die von der Versicherung ausgeschlossen sind. Art. 4.1.1 AVB, auf den sich die Beklagte beruft, hat den folgenden Wortlaut: „Leiden, für die ein Versicherungsvorbehalt angebracht worden ist. Ebenfalls nicht versichert sind bei Unterzeichnung des Vertrages bestehende, bei einer anderen Gesellschaft in analogem Umfang versicherte Leiden sowie Leiden und Unfälle, die sich vor Inkrafttreten des Vertrages ereignet haben.“

Wie aus den Ausführungen in der Klageantwort hervorgeht (Urk. 6 S. 4), steht hinter der Anrufung von Art. 9 VVG und Art. 4.1.1 AVB die Auffassung, die lumbale Diskushernie, die mit der Operation vom 14. Januar 2013 behandelt wurde, sei als Ereignis zu qualifizieren, das im Sinne von Art. 9 VVG beim Abschluss des Zusatzversicherungsvertrags bereits eingetreten gewesen sei, in Bezug auf dieses Ereignis bestehe daher

Teilnichtigkeit des Versicherungsvertrags und mit dem rückwirkend auferlegten Vorbehalt für „Diskushernien der Wirbelsäule und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule“ werde dieser Teilnichtigkeit Rechnung getragen.

3.2 Art. 9 VVG verbietet gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts die sogenannte Rückwärtsversicherung, mit welcher der Versicherer die Deckung für ein Ereignis übernimmt, das bereits vor dem Vertragsschluss eingetreten ist. Von der Deckung ausgenommen sind dabei rechtsprechungsgemäss auch Schäden, die erst nach dem Vertragsschluss eingetreten sind, sofern sie auf ein vorher eingetretenes Ereignis zurückzuführen sind (BGE 127 III 21 E. 2b/aa). Im Falle einer Krankenversicherung hat das Bundesgericht das Ereignis als den Krankheitsausbruch definiert und die Krankheit wiederum als Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (BGE 127 III 21 E. 2b/aa); diese Definition entspricht derjenigen in Art. 2.4 der AVB der Beklagten und stimmt überdies überein mit derjenigen im - nicht unmittelbar anwendbaren - Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Das Bundesgericht hat sodann weiter festgehalten, Erkrankungen vor Abschluss des Versicherungsvertrags schliessen die Deckung künftiger Erkrankungen grundsätzlich nicht aus, selbst wenn es sich um gleichartige Erkrankungen handle (BGE 127 III 21 E. 2b/aa); sei jedoch eine schubweise verlaufende Krankheit schon vor dem Vertragsschluss ausgebrochen und lasse sich der Wiedereintritt der Störung mit Wahrscheinlichkeit voraussehen, so bestehe gestützt auf Art. 9 VVG auch dann keine Versicherungsdeckung, wenn bei Vertragsschluss vorübergehende Symptomfreiheit bestanden habe. Denn das erneute Auftreten von Symptomen einer vorbestandenen, rückfallgefährdeten Krankheit sei juristisch nicht als selbständige Neuerkrankung aufzufassen, sondern als Fortdauern einer bereits eingetretenen Krankheit (BGE 127 III 21 E. 2b/bb).

Die lumbale Diskushernie, deretwegen die Klägerin am 14. Januar 2013 operiert wurde, ist entgegen der Auffassung der Beklagten nicht auf eine Erkrankung zurückzuführen, die im Sinne von Art. 9 VVG und der dargelegten Rechtsprechung beim Vertragsabschluss bereits eingetreten war beziehungsweise sich im Sinne von Art. 4.1.1 AVB vor dem Inkrafttreten des Vertrags ereignet hatte. Denn es bestehen keine Hinweise darauf, dass die Diskushernie der Halswirbelsäule, die im Jahr 2003 festgestellt worden war, und die aktuelle Diskushernie der Lendenwirbelsäule auf eine Grunderkrankung zurückzuführen wären, die im Jahr 2003 oder schon vorher ausgebrochen war. Vielmehr folgte Dr. A. in seiner Stellungnahme vom 30. Juli 2013 der Auffassung von Dr. Z. (Urk. 7/8), dass kein (unmittelbarer) Zusammenhang zwischen der zervikalen und der lumbalen Problematik bestehe (Urk. 7/17 S. 2). Dass die Wirbelsäule generell anfällig für fortschreitende degenerative Veränderungen ist, wie Dr. A. einleuchtend festhielt (Urk. 7/17 S. 1), lässt das Auftreten der zervikalen Diskushernie im Jahr 2003 nicht als erstmaliges Manifestwerden einer Erkrankung erscheinen, die sich im Jahr 2012 mit der lumbalen Diskushernie erneut manifestierte. Der vorliegende Fall kann somit nicht mit demjenigen einer schubweise verlaufenden Polyarthrites verglichen werden, den das Bundesgericht im zitierten Entscheid (BGE 127 III 21) zu beurteilen hatte. Insoweit ist der Klägerin zuzustimmen (vgl. Urk. 7/12 S. 3).

Damit kann sich die Beklagte für die strittige Leistungsablehnung nicht auf Art. 9 VVG stützen. Der Vorbehalt für Diskushernien und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, den die Beklagte nachträglich anbrachte, kann also nicht als Feststellung einer Teilnichtigkeit qualifiziert werden (vgl. Nef in: Honsell et al. [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel 2001 [nachfolgend VVG-Kommentar], Art. 9 Rz 23), wie die Beklagte dies verstanden haben will.

3.3 Ein Vorbehalt bei Vertragsschluss muss allerdings nicht zwingend ein vorbestandenes Leiden im Sinne von Art. 9 VVG betreffen - insoweit hätte er wegen der (Teil-)Nichtigkeit des Vertrags ohnehin nur deklaratorischen Charakter -, sondern er kann infolge der privatrechtlichen Vertragsfreiheit bei Zusatzversicherungen (VVG-Kommentar, Allgemeine Einleitung, Rz 34) weiter gehen. Wenn Dr. A. in seiner Stellungnahme vom 30. Juli 2013 darlegte, im Falle eines Zustands nach Behandlung eines Wirbelsäulenleidens empfehle er der Krankenversicherung jeweils, einen Vorbehalt für degenerative Veränderungen und Diskushernien der gesamten Wirbelsäule auszusprechen (Urk. 7/17 S. 1), ist ein solcher weitergehender Vorbehalt mit konstitutivem Charakter anvisiert. Wo ein derartiger Vorbehalt bei Vertragsabschluss angebracht worden ist, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers, wie dies in Art. 4.1.1 Satz 1 AVB festgehalten ist.

Vorliegendenfalls brachte die Beklagte indessen bei Vertragsabschluss keinen Vorbehalt an, da die Operation des Jahres 2003 im Fragebogen des Antragsformulars (Urk. 7/16) unbestrittenermassen nicht erwähnt ist. Es stellt sich somit die Frage nach der Zulässigkeit des nachträglichen, rückwirkend ausgesprochenen Vorbehalts.

3.4

3.4.1 Die Klägerin liess zu Recht darauf hinweisen (vgl. Urk. 1 S. 5 f., Urk. 7/12 S. 4), dass ein rückwirkender Vorbehalt auf jeden Fall nicht voraussetzungslos auferlegt werden darf. Denn dies käme einer voraussetzungslosen einseitigen Vertragsänderung gleich, wofür weder im Gesetz (VVG, OR) noch in den AVB der Beklagten eine Rechtsgrundlage besteht (vgl. auch die Botschaft des Bundesrates vom 9. Mai 2003 zu einem Gesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG] und zur Änderung des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag, BBl 2003 3806 f.)

Die Beklagte auferlegte der Klägerin den Vorbehalt denn auch nicht grundlos, sondern - über die Anrufung von Art. 9 VVG hinaus - als Sanktion für eine Anzeigepflichtverletzung nach Art. 6 VVG (Urk. 6 S. 3).

3.4.2 Bis Ende 2005 hatten die Versicherer gestützt auf alt Art. 6 VVG das Recht, bei einer Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten, mit der Folge, dass die gesamte Leistungspflicht rückwirkend beseitigt wurde (Nef in: VVG-Kommentar, Art. 6 Rz 31; Gauch, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, ZBJV 142/2006, S. 362). Mit der Revision von Art. 6 VVG per 1. Januar 2006 wurde das bisherige Rücktrittsrecht durch ein Kündigungsrecht mit Wirkung ex nunc ersetzt (Gauch, a.a.O., S. 362). Wie bisher für das Rücktrittsrecht (vgl. Nef in: VVG-Kommentar, Art. 6 Rz 6 f. und Rz 9), ist für die Rechtsfolge des

Kündigungsrechts weder ein Verschulden der anzeigepflichtigen Person noch ein Grundlagenirrtum des Versicherers erforderlich (Gauch, a.a.O., S. 365). Anders als im bisherigen Recht fällt jedoch die Leistungspflicht mit der Kündigung nicht rückwirkend dahin. Lediglich wird der Grundsatz, dass die Kündigung nur für die Zukunft Wirkung entfaltet, durch Art. 6 Abs. 3 VVG dort durchbrochen, wo bereits eingetretene Schäden durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden sind (Gauch, a.a.O., S. 368).

3.4.3 Ungeachtet ihrer Auffassung, die Klägerin habe eine Anzeigepflichtverletzung begangen, verzichtete die Beklagte gemäss ihrer eigenen Sachverhaltsdarstellung (Urk. 6 S. 3) darauf, eine Kündigung auszusprechen. Die Leistungsablehnung nach Art. 6 Abs. 3 VVG ist jedoch gemäss der zutreffenden Ansicht der Klägerin (vgl. Urk. 1 S. 5, Urk. 7/12 S. 3 f.) zwingend daran geknüpft, dass der Vertrag durch Kündigung nach Art. 6 Abs. 1 VVG aufgelöst worden ist (Gauch, a.a.O., S. 371 f. und S. 373). Die Überlegung, ein rückwirkender Vorbehalt stelle eine teilweise Kündigung des Vertrags dar und sei dementsprechend als mildere Sanktion ebenfalls zulässig, ist zwar bedenkenswert. Würde man ihr jedoch folgen, so hätte dies eine Umgehung der Regelung in Art. 6 Abs. 3 VVG zur Folge; die Leistungsablehnung gestützt auf einen Vorbehalt geht weiter als diejenige nach Art. 6 Abs. 3 VVG, wo ein Einfluss der verschwiegenen Tatsache auf den Schaden vorausgesetzt wird (vgl. hierzu Pouget-Hänseler, Anzeigepflichtverletzung: Auswirkungen der Revision auf die Praxis, HAVE 1/2006, S. 27 und S. 29 ff.). Soweit im bundesgerichtlichen Urteil 4A_158/2011 vom 6. April 2011 (vgl. Urk. 6 S. 4) eine andere Auffassung dargetan ist, so gilt es zu beachten, dass es sich dabei nicht um die Rechtsauffassung des Bundesgerichts, sondern um diejenige der Vorinstanz (Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz) handelt, an die das Bundesgericht aus Kognitionsgründen gebunden war (vgl. E. 2 und E. 3 des Urteils 4A_158/2011).

Die Rechtslage für die Krankenzusatzversicherung unter der Herrschaft des VVG ist im Übrigen nicht mit derjenigen vergleichbar, die bis Ende 1995 unter der Herrschaft des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) geherrscht hatte und einen rückwirkenden Vorbehalt erlaubt hatte. Denn damals wurde nicht zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung unterschieden, und die Kasse durfte die Aufnahme in die Versicherung nicht aus gesundheitlichen Gründen ablehnen, sondern konnte nur einen Versicherungsvorbehalt anbringen. Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung bestand dann kein Kündigungsrecht, sondern lediglich die Möglichkeit, durch einen rückwirkenden Vorbehalt die Lage herzustellen, die ohne Anzeigepflichtverletzung bestanden hätte (BGE 110 V 308 E. 1 und E. 2c; vgl. auch BGE 130 V 9 E. 4.3).

3.4.4 Die Beklagte kann daher die Leistungsablehnung mangels Kündigung nicht auf Art. 6 Abs. 3 VVG stützen und auch nicht aus einem rückwirkenden Vorbehalt und somit aus Art. 4.1.1 Satz 1 AVB ableiten. Auf die Fragen, ob überhaupt eine Anzeigepflichtverletzung vorliegt (Art. 6 Abs. 1 VVG) und ob die nicht mitgeteilte frühere Wirbelsäulenproblematik die spätere Wirbelsäulenproblematik beeinflusst hat (Art. 6 Abs. 3 VVG), braucht unter diesen Umständen nicht näher eingegangen zu werden.

3.5

3.5.1 Damit hat die Beklagte die eingeklagten Kosten von Fr. 7'525.-- aus der Zusatzversicherung Optima zu übernehmen. Deren Höhe ist durch die Rechnung der Y.____ Klinik vom 8. Mai 2013 ausgewiesen (Urk. 2/8) und wurde von der Beklagten nicht bestritten.

3.5.2 Die Klägerin verlangt ausserdem Verzugszins zu 5 % ab dem 1. Juni 2013 auf dem eingeklagten Betrag (Urk. 1 S. 2).

Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrag mit dem Ablauf von vier Wochen von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann. In Art. 16.1 AVB wird die Fälligkeit in dem Sinne zugunsten der versicherten Person vorverlegt, als sie bereits dann eintritt, wenn die Kasse im Besitz aller Angaben ist, die zur Beurteilung von Bestand und Umfang der Leistungspflicht notwendig sind, und nicht erst vier Wochen später.

Nach der herrschenden Lehre wird mit der Regelung in Art. 41 Abs. 1 VVG allein kein Verfalltag statuiert, der eine Mahnung entbehrlich macht, da es eine Auslegungsfrage ist, wann der Versicherer alle notwendigen Auskünfte und Belege erhalten hat, wogegen Verfalltagsgeschäfte eines genauen Erfüllungsdatums bedürfen (Nef, in: VVG-Kommentar, Art. 41 Rz 20). Sinngemäss gilt diese Argumentation auch für die Fälligkeitsregelung in Art. 16.1 AVB. Demnach ist weder gesetzlich noch vertraglich ein Verfalltag festgelegt. Die Beklagte musste daher zur Zahlung gemahnt werden, damit sie in Verzug geriet und ein Verzugszins geschuldet war.

Zwar liess die Klägerin bereits mit der Eingabe vom 5. März 2013 (Urk. 7/12) ihren Anspruch geltend machen; die Angaben zum konkreten Umfang der Leistungspflicht lagen jedoch erst mit der Rechnung der Y.____ Klinik vom 8. Mai 2013 vor (Urk. 2/8). Des Weiteren ging diese Rechnung an die Klägerin, und diese hat nicht dargetan, ob und wann sie sie der Beklagten hat zukommen lassen. Erwiesenermassen hatte die Beklagte jedoch Kenntnis von der Rechnung, als das Gericht sie ihr zusammen mit den weiteren Beilagen zur Klageschrift mit der Verfügung vom 15. Juli 2013 (Urk. 4) zustellte. Gemäss dem Sendungsverfolgungsschein der Post nahm sie diese Verfügung am 16. Juli 2013 entgegen (Urk. 5). Die Beklagte schuldet der Klägerin somit erst ab dem 16. Juli 2013 Verzugszins zu 5 % (Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 104 OR).

4. Beide Parteien beantragen die Zuspreehung einer Prozessentschädigung.

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. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich gemäss § 34 Abs. 3 GSVGer nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Die Klägerin obsiegt in Bezug auf den eingeklagten Betrag von Fr. 7'525.-- vollumfänglich. Unter Berücksichtigung der dargelegten Kriterien rechtfertigt es sich daher, ihr eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das sehr geringfügige Unterliegen hinsichtlich des Beginns der Verzugszinspflicht der Beklagten ist dabei zu vernachlässigen. Überdies steht umgekehrt der Beklagten schon aus diesem Grund keine Prozessentschädigung zu, abgesehen davon, dass sie nicht durch einen externen Anwalt vertreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen).

Der Einzelrichter erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 7'525.-- zu bezahlen, nebst Verzugszins von 5 % ab dem 16. Juli 2013.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Rechtsanwalt Peter Kuhn

Assura

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

6. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden. 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 Einzelrichter Die Gerichtsschreiberin

SpitzKobel