

II. Kammer
Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichterin Käch
Ersatzrichterin Romero-Käser
Gerichtsschreiberin Fonti

Urteil vom 23. März 2015

in Sachen

X.____

Kläger

vertreten durch Fürsprecher Urs Kröppli
S-E-K Advokaten
Zürcherstrasse 310, 8500 Frauenfeld

gegen

Helsana Zusatzversicherungen AG
Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf
Beklagte

vertreten durch
Avanex Versicherungen AG
Versicherungsrecht
Postfach, 8081 Zürich

Sachverhalt:

1. X.____, geboren 1983, stellte am 9. März 2011 bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) Antrag auf Abschluss der Krankenzusatzversicherungen COMPLETA, HOSPITAL PLUS und PREVEA (Urk. 8/5) und füllte die zugehörige Gesundheitsdeklaration (Urk. 8/6) aus. Per 1. Januar 2012 wurde der Versicherte in die beantragte Versicherung aufgenommen (Police vom Oktober 2011, Urk. 8/7). Nach Einholung eines Arztbesuches (Urk. 8/8-10) kündigte die Helsana die Krankenzusatzversicherungen COMPLETA, HOSPITAL und PREVEA mit Schreiben vom 3. sowie 11. April 2013 zufolge Anzeigepflichtverletzung per 30. April 2013 (Urk. 8/14 und Urk. 8/19). Dagegen opponierte der Versicherte mit Schreiben vom 19. April 2013 (Urk. 8/24). Die Helsana hielt weiterhin an der Kündigung fest (Schreiben vom 25. April 2013, Urk. 8/25).

Mit Schreiben vom 23. August 2013 beantragte der Versicherte Kostengutsprache für einen geplanten stationären Aufenthalt in der Privatklinik Y.____ (Urk. 8/27), was die Helsana unter Hinweis auf die ausgesprochene Kündigung der Krankenzusatzversicherungen ablehnte (Schreiben vom 29. August 2013, Urk. 8/28).

2. Am 15. Oktober 2013 erhob der Versicherte Klage gegen die Helsana und beantragte, diese sei zu verpflichten, ihm Fr. 32'000.-- zuzüglich Verzugszinsen zu jeweils 5 % auf Fr. 18'000.-- seit dem 9. September 2013 sowie auf Fr. 14'000.-- seit dem 7. Oktober 2013 zu bezahlen (Urk. 1 S. 2). Am 12. November 2013 erstattete die Helsana Klageantwort und beantragte die Abweisung der Klage (Urk. 7 S. 2). Mit Replik vom 9. Dezember 2013 beantragte der Kläger neu Fr. 47'513.80 zuzüglich Verzugszinsen zu jeweils 5 % auf Fr. 18'000.-- seit dem 9. September 2013, auf Fr. 14'000.-- seit dem 7. Oktober 2013, auf Fr. 15'000.-- seit dem 6. November 2013 sowie auf Fr. 513.80 seit dem 6. Dezember 2013 (Urk. 11 S. 2). Mit Duplik vom 8. Januar 2014 hielt die Beklagte am Antrag auf Abweisung fest (Urk. 15), was dem Kläger am 27. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

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). Die Kantone können ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für solche Streitigkeiten zuständig ist (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO). Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach Art. 244 bis 247 ZPO (einfaches Verfahren; Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Die Klage wird direkt beim Gericht anhängig gemacht (BGE 138 III 558 E. 3.2 und 4.6).

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist gegeben.

1.2 Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1 mit Hinweisen). Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten, wobei sich der Vertragsinhalt betreffend die Zusatzversicherungen regelmässig nach den vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S. 23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

1.3 Gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden beziehungsweise rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.1 und 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen (Die Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

2.

2.1 Der Kläger machte geltend (Urk. 1), auf ärztliche Anordnung habe er sich auf Grund einer seit dem 30. April 2012 bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen einer im März 2012 aufgetretenen Angststörung und damit verbundenem Alkoholabusus am 9. September 2013 in stationäre Behandlung in die Privatklinik Y.____ begeben. In diesem Zusammenhang habe er Depots von Fr. 18'000.-- und Fr. 14'000.-- leisten müssen (S. 4 Ziff. 2 f.). Zur Begründung der eingeklagten Forderung von Fr. 32'000.-- führte der Kläger im Wesentlichen an, die Beklagte habe den Versicherungsvertrag zu Unrecht wegen Anzeigepflichtverletzung gekündigt. Insbesondere habe er keine Gefahrs Tatsachen verschwiegen, welche der Beklagten nicht ohnehin bereits bekannt gewesen seien (S. 8 Ziff. 10). Sodann sei die Kündigung ungenügend begründet (S. 8 Ziff. 11 f.) und nicht innerhalb der geforderten Frist erfolgt (S. 9 Ziff. 14), weshalb die Kündigung gestützt auf Art. 6 VVG bereits aus formellen Gründen nicht geschützt werden könne und der Vertrag somit weiterhin rechtsgültig sei. Sodann mangle es an der Kausalität zwischen der angeblich falsch angezeigten Gefahrs tatsache und dem Schaden, für den die Beklagte keine Leistungen erbringen wolle (S. 9 Ziff. 13). Des Weiteren würde eine Kündigung gestützt auf Art. 6 VVG ohnehin nur Wirkung ex nunc entfalten. Nachdem der Gesundheitsschaden und damit das versicherte Ereignis in einer im März 2012 aufgetretenen Angststörung liege, vermöge auch eine rechts- und formgültige Kündigung nicht die Leistungspflicht der Beklagten zu beschränken (S. 9 Ziff. 15). Daran hielt der Kläger mit Replik vom 9. Dezember 2013 fest (Urk. 11). Auf Grund seit der Klageanhebung weiter angefallenen Kosten der stationären Behandlung klagte der Kläger neu Fr. 47'513.80 zuzüglich Verzugszinsen ein (Urk. 11 S. 2).

2.2 Dagegen vertrat die Beklagte die Ansicht (Urk. 7), das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen der unrichtig mitgeteilten oder verschwiegenen Gefahrs tatsache und dem eingetretenen Schaden s ereignis sei für das Kündigungsrecht nicht erforderlich (S. 6 Ziff. 3). Betreffend Fristwahrung führte die Beklagte an, sie habe mit Zugang des Berichts vom 14. März 2013 von Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Kenntnis davon erhalten, dass der Kläger in den letzten fünf Jahren vor Unterzeichnung der Gesundheitsdeklaration an diversen Beschwerden gelitten habe. Indem sie die Zusatzversicherungen mit Schreiben vom 3. April und ergänzendem Schreiben vom 11. April 2013 gekündigt habe, sei die vierwöchige Kündigungsfrist gewahrt worden (S. 10 Ziff. 7). Sodann sei die Kündigungserklärung mit rechts genügender Begründung erfolgt (S. 11 f. Ziff. 8). Der Schaden, auf den sich der Kläger berufe, sei erst nach dem Kündigungszeitpunkt eingetreten und damit zu einem Zeitpunkt entstanden, in welchem bereits kein Versicherungsverhältnis mehr bestanden habe. Deshalb könne keine Entschädigung aus Vertrag geltend gemacht werden (S. 12 f. Ziff. 9).

2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beklagte den Versicherungsvertrag per 30. April 2013 zu Recht gekündigt hatte und infolgedessen die Kosten Übernahme für die ab 9. September 2013 erfolgte stationäre Behandlung des Klägers zu Recht verneinte.

3.

3.1 Anwendbar auf das Vertragsverhältnis sind zum einen die Bestimmungen des VVG und zum anderen die Vereinbarungen, die in der im Oktober 2011 ausgestellten Versicherungspolice der Beklagten (Urk. 8/7) festgehalten sind, nämlich die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen (KZV), Ausgabe 2008 (Urk. 8/1), sowie die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) COMPLETA Krankenpflege-Zusatzversicherung, Ausgabe 2011 (Urk. 8/2), HOSPITAL Spitalzusatzversicherung, Ausgabe 2012 (Urk. 8/3), und PREVEA Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität, Ausgabe 2007 (Urk. 8/4).

3.2 Gemäss Art. 4 Abs. 1 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.

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

Nach der Rechtsprechung beginnt die vierwöchige Frist ab dem Zeitpunkt zu laufen, ab welchem der Versicherer vollständig über die Anzeigepflichtverletzung orientiert ist, das heisst darüber sichere, zweifelsfreie Kenntnis erlangt hat (BGE 118 II 340 E. 3a mit Hinweisen). Dieses Wissen kann er auch erlangen, wenn er zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf eine Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt (BGE 119 V 287 E. 5a). Nicht ausreichend sind dagegen blosser Vermutungen, die als wahr scheinlich erscheinen lassen, der Versicherungsnehmer habe die Anzeigepflicht verletzt (BGE 118 II 340 E. 3a; 119 V 287 E. 5a in fine). Eine juristische Person verfügt über rechtlich relevante Kenntnis eines Sachverhaltes, wenn das betreffende Wissen innerhalb ihrer Organisation abrufbar ist (BGE 109 II 342 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 9C_199/2008 vom 19. November 2008 E. 4.1).

3.4 Ziffer 17.1-2 der vorliegend anwendbaren AVB (Urk. 8/1) entsprechen der gesetzlichen Regelung gemäss Art. 4 Abs. 1 und Art. 6 Abs. 1-3 VVG.

4.

4.1 In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob der Kläger seine Anzeigepflicht verletzt hat.

In der am 9. März 2011 ausgefüllten Gesundheitsdeklaration für Krankenzusatz- und Taggeldversicherungen (Urk. 8/6) verneinte der Kläger die Frage in Ziffer 3, ob bei ihm in den letzten fünf Jahren eine ambulante beziehungsweise stationäre ärztliche, zahnärztliche, naturärztliche, therapeutische Behandlung, Kontrolle, Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt worden sei. Sämtliche beispielhaft genannten Krankheiten oder Störungen kreuzte er mit „Nein“ an.

4.2 Der Kläger machte geltend, er sei bereits in den Jahren 2007 und 2008 bei der Helsana/avanex grundversichert gewesen, weshalb der Beklagten alle in diesem Zeitraum durchgemachten Erkrankungen bekannt gewesen seien (Urk. 1 S. 8 Ziff. 10). Die Beklagte führte dazu aus, der Kläger sei nicht bei ihr nach KVG versichert gewesen, biete sie - die Helsana Zusatzversicherungen AG - doch ausschliesslich Zusatzversicherungen an. Das vorliegende Verfahren habe lediglich Forderungen aus den Zusatzversicherungen zum Gegenstand. Soweit der Kläger zudem Aktenedition der avanex Versicherungen AG wünsche, habe er dieses Gesuch direkt bei dieser zu stellen (Urk. 15 S. 2 f. Ziff. 3 f.).

4.3 Die Korrespondenz seitens der Beklagten wurde bis im April 2013 auf Briefpapier der „avanex Versicherungen AG“ geführt. Ebenfalls wurde mit „avanex Versicherungen AG“ unterzeichnet (vgl. Urk. 8/7-9, Urk. 8/14, Urk. 8/19, Urk. 8/21).

Vor diesem Hintergrund erstaunt es überhaupt nicht, dass der Kläger die avanex Versicherungen AG eingeklagt hat. Es musste der Helsana Zusatzversicherungen AG von Anfang an klar sein, gegen wen sich das Rechtsbegehren des Klägers richtet. Die Identität der Partei stand eindeutig fest. Folglich ist die falsche Parteibezeichnung formell zu berichtigen (vgl. BGE 116 V 344 mit Hinweis) und die Helsana Zusatzversicherungen AG ins Rubrum aufzunehmen.

4.4 Da es sich bei der avanex Versicherungen AG und der Helsana Zusatzversicherungen AG je um eigenständige juristische Personen handelt, hatte die Beklagte keine Kenntnis von den während den Jahren 2007 und 2008 durchgemachten Erkrankungen. Aus demselben Grund (verschiedene juristische Personen) konnte und durfte die Beklagte auch keine Akten aus dem früheren Versicherungsverhältnis zwischen dem Kläger und der avanex Versicherungen AG beziehen.

Aufgrund der seitens der Beklagten geführten Korrespondenz auf Briefpapier der avanex Versicherungen AG und insbesondere auch im Namen der avanex Versicherungen AG, ist aus Sicht des Klägers allerdings nachvollziehbar, dass er davon ausging, er sei ab Januar 2012 wiederum bei derselben Versicherung versichert wie damals im Jahr 2007 und 2008. Aber auch vor diesem Hintergrund musste ihm bewusst sein, dass er durch das Verneinen sämtlicher in Ziffer 3 der Gesundheitsdeklaration (vgl. Urk. 8/6) gestellten Fragen, welche den gesamten Zeitraum der Jahre 2006 bis 2011 betrafen, nicht korrekt antwortete und seine Anzeigepflicht so verletzt habe.

Demnach ging die Beklagte zu Recht von einer Anzeigepflichtverletzung aus.

5.

5.1 Des Weiteren ist zu prüfen, ob die Kündigung infolge Anzeigepflichtverletzung formell rechtsgültig erfolgte.

5.2

5.2.1 Nach Angaben der Beklagten hatte diese vom Kläger am 11. Januar 2013 eine Eintrittsmeldung der Klinik A. für einen stationären Aufenthalt erhalten (Urk. 7 S. 3 Ziff. 3). Daraufhin verlangte sie beim behandelnden Hausarzt Dr. Z. einen Bericht und stellte ihm insbesondere die Frage, ob er beim Kläger in den fünf Jahren vor dem 9. März 2011 Untersuchungen, Abklärungen und/oder Behandlungen durchgeführt habe (Schreiben vom 12. März 2013, Urk. 8/8). Mit Bericht vom 14. März 2013 listete Dr. Z. 14 Behandlungen auf (Urk. 8/10):

24. Oktober 2006 stressbedingte Magendarmbeschwerden, in Besserung

5. November 2006 grippaler Infekt, eine Konsultation
 28. März 2007 Aussenohrentzündung, eine Konsultation
 August 2007 grosser internistischer Untersuch, Diagnose Katzenallergie und Asthma bronchiale (gut unter Kontrolle)
 Oktober 2007 Unfall in einem Lift mit Überdehnung der lateralen Seitenbänder des Knies
 Dezember 2007 Magendarmgrippe
 April 2008 Fraktur des Metacarpale 5 rechts distal, Überweisung in B.____ mit Abschluss im August 2008
 Februar 2009 Untersuchung wegen Müdigkeit/Lustlosigkeit und fehlender Energie, somatisch konnte kein Befund erhoben werden
 Dezember 2009 Herpes genitales
 Januar 2010 Unguis incarnatus Dig . 1 rechts
 April 2010 Kopfweg hinter rechtem Auge, Diagnose einer Konjunktivitis
 Oktober 2010 viraler Infekt
 Januar 2011 Condylomata acuminata Berianal , Behandlung mit Aldara
 8. Februar 2011 Lebensversicherungsuntersuch, beanstandet wurde meinerseits nur ein Nikotinabusus
 Dieser Bericht ging bei der Beklagten am 21. März 2013 ein (vgl. Eingangstem pel).
 5.2.2 Mit Schreiben vom 3. April 2013 (Urk. 8/14) führte die Beklagte aus, der Kläger habe die Fragen, ob bei ihm in den letzten fünf Jahren eine ambulante beziehungsweise stationäre ärztliche, zahnärztliche, naturärztliche, therapeutische Behandlung, Kontrolle, Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt worden sei, mit „Nein“ beantwortet. Aus dem Bericht von Dr. Z.____ gehe hervor, dass er in den fünf Jahren vor Vertragsunterzeichnung wegen diversen Leiden in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Auf diese Tatsache hätte er in der Gesundheitsdeklaration vom 9. März 2011 unter der Frage Nummer 3 unbedingt hinweisen müssen. Wenn sie über diese Beschwerden und Krankheiten informiert gewesen wäre, hätte sie den Antrag für die Krankenzusatzversicherung abgelehnt . Es liege eine Anzeigepflichtverletzung vor, weshalb vom Kündigungsrecht Gebrauch gemacht werde. Die Zusatzversicherungen COMPLETA, HOSPITAL und PREVEA würden per 30. April 2013 gekündigt.
 5.2.3 Ergänzend führte die Beklagte mit Schreiben vom 11. April 2013 (Urk. 8/19) an, die Anzeigepflichtverletzung sei nicht ausschliesslich aufgrund des Asthma sanktioniert worden. In den fünf Jahren vor Vertragsunterzeichnung hätten betreffend Unfälle, Geschlechtskrankheiten, viraler Infekte und diversen weiteren Krankheiten Konsultationen bei Dr. Z.____ stattgefunden. Jede dieser Konsultationen hätte auf der Gesundheitsdeklaration unbedingt angegeben werden sollen. Für die Aufhebung der Zusatzversicherungen nach VVG sei nicht eines dieser Leiden ausschlaggebend, sondern die Kumulation der genannten Konsultationen, welche alle nicht deklariert worden seien. Dieses Schreiben wurde dem Kläger am 12. April 2013 zugestellt (vgl. Sendungsverfolgung, Beilage von Urk. 8/19).
 5.3 Zwischen dem Eingang des Berichts von Dr. Z.____ bei der Beklagten am 21. März 2013, durch welche n sie erstmals Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erhielt, und dem dem Kläger am 12. April 2013 zugestellten Ergänzungsschreiben zur Kündigung sind weniger als vier Wochen vergangen. Dem nach machte die Beklagte innerhalb der gesetzlich geforderten Frist Gebrauch vom Kündigungsrecht gemäss Art. 6 Abs. 1 VVG.
 5.4 Soweit der Kläger vorbrachte, die Begründung der Kündigung sei nicht rechts genügend erfolgt, kann entgegen der Ansicht des Klägers nach diesen Feststellungen (vorangehend E. 5.2.2 f.) den beiden innerhalb der erforderlichen Frist von vier Wochen erfolgten Schreiben vom 3. und 11. April 2013 ohne weiteres entnommen werden, welches die verschwiegenen Gefahrstatsachen sind, nämlich Behandlungen wegen Asthma, Unfällen, Geschlechtskrankheiten, viraler Infekte und diversen weiteren Krankheiten. Wenn die Beschwerdegegnerin sodann ausführte, es sei nicht eines dieser Leiden ausschlaggebend, sondern die Kumulation der genannten Konsultationen, welche alle nicht deklariert worden seien , genügte sie damit den Anforderungen an die Klarheit und Ausführlichkeit der Kündigungserklärung. Denn der Kläger konnte daraus erkennen, auf das Verschweigen welcher nach den zitierten Fragen offenzulegenden Tatsachen die Beklagte ihre Kündigung stütze.
 5.5 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Kündigung in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden und demnach rechtsgültig erfolgt ist.
 Insbesondere ist auch kein Kausalzusammenhang zwischen der verschwiegenen Gefahrstatsache und der Kündigung erforderlich, dieser wirkt sich lediglich auf die Leistungspflicht nach Anzeigepflichtverletzung aus (BGE 138 III 416 E. 6 , Pra 13 Nr. 7) , worauf nachfolgend einzugehen ist.

6.

6.1 Schliesslich bleibt zu prüfen, ob die Beklagte die Kostenübernahme betreffend die ab 9. September 2013 erfolgte stationäre Behandlung des Klägers zu Recht verneinte.
 6.2 Die vom Kläger abgeschlossenen Zusatzversicherungen decken unter anderem die Kosten für Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital (ZVB HOSPITAL Ziff. 1, Urk. 8/3). Somit tritt der Versicherungsfall im Zeitpunkt eines Spitaleintritts ein (vgl. sinngemäss Nef , in: Honsell et al. Hrsg., Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel 2001 , Art. 38 VVG, S. 653 f. Rz 7) .
 6.3 Massgebend ist entgegen der Ansicht des Klägers (vgl. E. 2.1) nicht der Beginn der Krankheit, welche später zu einem Spitalaufenthalt führt . Ausschlaggebend für den Eintritt des Versicherungsfalles ist einzig, wann das versicherte Ereignis eintritt. Der Kläger machte Kosten für seinen Spitalaufenthalt ab dem 9. September 2013 geltend. Der Versicherungsfall trat demnach nach dem Gesagten am 9. September 2013 ein. Da die bei der Beklagten abgeschlossenen Zusatzversicherungen (COMPLETA, HOSPITAL und PREVEA) allesamt per 30. April 2013 rechtsgültig gekündigt wurden (vorangehend E. 5) , bestand im Zeitpunkt des

Spitaleintritt keine vertragliche Leistungspflicht der Beklagten. Die Beklagte verneinte die Kostenübernahme für die ab 9. September 2013 erfolgte stationäre Behandlung demzufolge zu Recht.
Mangels Vorliegen eines bereits eingetretenen Schadens im Kündigungszeitpunkt im Sinne von Art. 6 Abs. 3 VVG erübrigen sich vorliegend Ausführungen zum Kausalzusammenhang zwischen der verschwiegenen Gefahrstatsache und dem eingetretenen Schaden.
Nach dem Gesagten ist die Klage vollumfänglich abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 114 lit. e ZPO ist das Verfahren kostenlos. Zu den Prozesskosten gehören die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Prozessentschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.1 nicht publiziert in: BGE 137 III 47). Diese umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO).

7.2 Nach der zu alt Art. 47 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergangenen, weiterhin gültigen höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der obsiegende Versicherungsträger Anspruch auf eine Parteientschädigung, falls er durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bundesgerichts 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen).

Nachdem die obsiegende Beklagte nicht durch einen externen Anwalt vertreten ist, steht ihr keine Parteientschädigung zu. Ihr Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung (Urk. 7 S. 2) ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Fürsprecher Urs Kröpfli

Avanex Versicherungen AG

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

5. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Die Gerichtsschreiberin

Mosimann Fonti