

VKL.2014.39 / as / fi

Art. 24

Urteil vom 26. Januar 2016

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichter Hartmann
 Oberrichterin Schircks Denzler
 Gerichtsschreiberin Sikyr

Kläger A.
 vertreten durch lic. iur. Rudolf Studer, Rechtsanwalt,

Beklagte X. Versicherungen

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VWG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der Kläger war bei der Beklagten im Rahmen einer Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) versichert (vgl. Police Nr. _____ vom 22. Januar 2010, Klagebeilage [KB 1]).

1.2.

Am 30. Juni 2011 meldete der Kläger der Beklagten eine ab 10. Juni 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit (vgl. Klageantwortbeilage [AB] 1). Am 22. September 2011 reichte er eine zweite Meldung ein über eine Arbeitsunfähigkeit ab 25. August 2011 (vgl. AB 8, AB 12). In der Folge richtete die Beklagte dem Kläger für den ersten Schadenfall vom 17. August bis 20. September 2011 Taggelder aus. Für den zweiten Schadenfall zahlte sie ihm vom 20. Oktober 2011 bis 19. September 2013 700 Taggelder (vgl. KB 9, AB 14). Von der B. Versicherung (vormals C. Versicherungen) erhielt der Kläger vom 8. September 2011 bis 31. Juli 2013 eine Invalidenrente aus der Police Nr. _____ (vgl. AB 94, AB 96, AB 99–100). Mit Schreiben vom 21. Mai 2013 (KB 8) teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie die von der B. Versicherung infolge Arbeitsunfähigkeit erbrachten Lebensversicherungsleistungen anrechne und die Taggeldzahlungen kürze.

2.

2.1.

Am 16. Juli 2014 erhob der Kläger beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage mit folgenden Rechtsbegehren:

"1.

Die Beklagte sei zu verpflichten dem Kläger Fr. 7'355.65 zuzüglich Zins von 5 % seit dem jeweiligen Verfalltag zu bezahlen.

2.

Es seien die Parteien zu einer Instruktionsverhandlung vorzuladen.

3.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten."

2.2.

Die Beklagte beantragte mit Klageantwort vom 28. Juli 2014 Folgendes:

"1.

Es sei die Klage vollumfänglich abzuweisen;

2.
Es sei auf eine Instruktionsverhandlung zu verzichten und im schriftlichen Verfahren zu urteilen;

3.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten des Klägers."

2.3.
Der Kläger erklärte mit Replik vom 18. August 2014, auf die Durchführung einer Instruktionsverhandlung zu verzichten, und änderte seine Rechtsbegehren wie folgt ab:

"1.
Die Beklagte sei zu verpflichten dem Kläger Fr. 7'355.65 zuzüglich Zins von 5 % seit dem jeweiligen Verfalltag zu bezahlen.

2.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten."

2.4.
Die Beklagte hielt mit Duplik vom 27. August 2014 an ihren Anträgen fest.

2.5.
Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 10. November 2015 wurde die Beklagte aufgefordert, den Rahmenvertrag für Kleinbetriebe (Nr. 1142) und die anwendbaren AVB einzureichen. Zudem wurde der Kläger angewiesen, die Police Nr. _____ der B. Versicherung samt den anwendbaren Vertragsbestimmungen zu edieren.

2.6.
Die Parteien reichten mit Eingaben vom 12., 18. und 23. November 2015 Unterlagen ein.

2.7.
Mit Telefonanruf und instruktionsrichterlicher Verfügung vom 26. November 2015 wurde der Kläger aufgefordert, die fehlenden Bedingungen zu den Zusatzversicherungen zu den Kapitalversicherungen mit gemischten Leistungen nachzureichen.

2.8.
Dieser Aufforderung kam der Kläger mit Eingabe vom 26. November 2015 nach.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Zwischen der Einzelunternehmung Firma D. (vgl. Handelsregistereintrag zu CHE- _____, Klagebeilage [KB] 4) und der Beklagten bestand ein Vertrag über eine Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG (Police Nr. _____ vom 22. Januar 2010 [KB 1]). Massgebend für die Beurteilung von Ansprüchen aus diesem Vertrag sind der Versicherungsvertrag, der Rahmenvertrag für Kleinbetriebe (Nr. 1142), die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG (_____), Ausgabe 1. Januar 2007, und die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG, vgl. Police [KB 1]). Soweit das VVG keine Vorschriften enthält, sind die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) anwendbar (Art. 100 Abs. 1 VVG). In der Police (KB 1) sind der Kläger und seine Ehegattin namentlich als Versicherte aufgeführt und feste Lohnsummen von je Fr. 60'000.00 mit der Deckungsvariante "____" vorgesehen.

2.

2.1.

Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG werden in ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteil 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2).

Streitigkeiten aus kollektiven Krankentaggeldversicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E. 3.2 S. 560 f.).

2.2.

Gemäss Art. J4 AVB sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die Beklagte nach Wahl des Versicherten entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Person, am Sitz der Beklagten sowie am Arbeitsort des Versicherten zuständig.

Der Kläger wohnt in _____ im Kanton Aargau. Damit besteht eine örtliche Zuständigkeit im Kanton Aargau.

2.3.

Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist.

Im Kanton Aargau entscheidet über derartige Streitigkeiten das Versicherungsgericht als einzige kantonale Instanz (§ 14 des kantonalen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [EG ZPO], SAR 221.200).

2.4.

Für die Beurteilung der mit Klage vom 16. Juli 2014 angehobenen Streit-sache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig.

3.

3.1.

Der Kläger vertritt die Auffassung, die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, bei der Berechnung seines Taggeldanspruchs Versicherungsleistungen der B. Versicherung zu berücksichtigen und seinen Anspruch um Fr. 7'355.65 zu kürzen. Für eine solche Kürzung fehle es an einer rechtlichen Grundlage. Er verlangt deshalb die Zahlung des Betrags von Fr. 7'355.65 zuzüglich Verzugszins.

Zum Vorbringen der Beklagten, bei der Versicherung der B. Versicherung handle es sich um eine betriebliche Versicherung, deren Leistungen anzurechnen seien, erwidert der Kläger, die Versicherung der B. Versicherung sei von ihm als Privatperson abgeschlossen worden und nicht von einem Betrieb für dessen Arbeitnehmer. Zudem decke die Versicherung der B. Versicherung ein anderes Risiko als dasjenige der Beklagten. Die Versicherung der B. Versicherung schütze das Vermögen. Die Taggeldversicherung der Beklagten hingegen decke die Risiken Krankheit und Erwerbsunfähigkeit.

3.2.

Die Beklagte macht geltend, gemäss den AVB sei sie zur Kürzung der Taggelder berechtigt gewesen. Bei der Versicherung der B. Versicherung handle es sich um eine betriebliche Versicherung, deren Leistungen gemäss Art. D3 Abs. 1 AVB anrechenbar seien. Dass der Kläger diese Versicherung nur für sich und seine Ehefrau abgeschlossen habe, ändere nichts daran, dass es sich um eine betriebliche Versicherung handle, welche einen Teil des Schadens decke, welcher bei langfristiger Arbeitsunfähigkeit im eigenen Betrieb entstehe. Zudem dürfe einem Versicherten aus den Leistungen kein Gewinn erwachsen, wie in Art. D3 Abs. 4 AVB normiert sei. Versichert sei ein Jahreslohn von Fr. 60'000.00. Während seiner Arbeitsunfähigkeit habe der Kläger jedoch ein höheres Einkommen erzielt, womit eine Überentschädigung vorliege. Die bei der Beklagten abgeschlossene Lohnausfallversicherung sei als Schadenversicherung abgeschlossen worden. Die Beklagte sei im Rahmen des VVG frei, diese so auszugestalten, dass auch Einkünfte aus einer Summenversicherung

eines anderen Versicherers einbezogen würden. Somit sei die vorgenommene Kürzung gerechtfertigt.

3.3.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Anrechnung der Leistungen der B.Versicherung bei der Ermittlung des Taggeldanspruchs des Klägers gerechtfertigt war.

4.

4.1.

4.1.1.

Bei einer Schadenversicherung ist die Versicherungsleistung dazu bestimmt, einen Schaden ganz oder teilweise auszugleichen, der als Folge des versicherten Ereignisses eintritt und der eine selbstständige Voraussetzung der Leistungspflicht und gleichzeitig das Kriterium für die Bemessung der Leistung ist (STEPHAN FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, N. 2.74). Die Leistung hängt davon ab, dass tatsächlich ein Vermögensverlust eingetreten und nachgewiesen ist (Yael Strub, Der Regress des Schadensversicherers de lege lata – de lege ferenda, in: ZStP - Zürcher Studien zum Privatrecht Band/Nr. 227 2011, S. 49).

4.1.2.

Im Gegensatz zur Schadenversicherung ist bei der Summenversicherung die Leistung beim Eintritt des Versicherungsfalls unabhängig davon geschuldet, ob der Versicherte effektiv einen Schaden erlitten hat (BGE 133 III 527 E. 3.2.4 S. 532 f.; Urteil 4A_642/2014 vom 29. April 2015 E. 2). Entsprechend besteht bei einer Summenversicherung Anspruchskumulation.

4.1.3.

Für die Beurteilung, ob eine Leistung den Summen- oder den Schadenversicherungen zugeordnet werden muss, ist nicht auf eine generelle Qualifikation abzustellen. Relevant ist nicht der Hauptinhalt der Police. Bei zusammengesetzten oder gemischten Verträgen wird jeder Teil nach seiner Eigengesetzlichkeit beurteilt. Das muss auch für Versicherungsverträge gelten, zumal immer mehr Einzelversicherungen in einer Police zusammengefasst werden (STRUB, a.a.O., S. 49). Zu prüfen ist, ob die einzelne Versicherungsleistung einen konkreten Schaden deckt und damit eine Vermögenseinbusse voraussetzt, oder ob die Leistung nur die Verletzung der Integrität erfordert (BGE 119 II 361 E. 4 S. 365).

4.1.4.

Liegen zwei Schadenversicherungen vor, sind diese als Doppelversicherung nach Art. 53 Abs. 1 i.V.m. Art. 71 VVG zu koordinieren. Schadenversicherungsleistungen werden an andere Leistungen angerechnet (vgl. Art. 71 VVG; FUHRER, a. a. O., N. 12.2). Gemäss Art. 71 Abs. 1 WG sind

die Versicherer im Versicherungsfall im Verhältnis der Versicherungssummen zur Leistung verpflichtet. Der Versicherungsnehmer hat Anspruch auf den Ersatz des gesamten Schadens.

Art. 71 Abs. 1 VVG ist auf die Sachversicherung zugeschnitten, sie gelangen jedoch auch bei der Vermögensversicherung zur Anwendung. Ist ein erlittener Vermögensschaden tiefer als die vereinbarte Versicherungssumme, ist nicht diese, sondern der effektiv eingetretene Schaden zu ersetzen. Wird das gleiche Vermögen durch mehrere Versicherungen geschützt, sind die Leistungen sämtlicher Versicherer in die Berechnung der Ersatzpflicht mit einzubeziehen (CHRISTIAN BOLL, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N. 6 zu Art. 71 VVG).

4.1.5.

Wenn ein Versicherter Leistungen sowohl aus einer Schadenversicherung als auch aus einer Summenversicherung geltend machen kann, liegt grundsätzlich keine Doppelversicherung vor. Die Konkurrenz der Leistungen entscheidet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Grundsätzlich muss sich der Versicherte die Leistungen aus der Summenversicherung für die Berechnung des erlittenen Schadens nicht anrechnen lassen. Beinhaltet die Versicherungsbedingungen des Schadenversicherers jedoch eine Klausel, wonach die Leistungen bis zur tatsächlichen Höhe des Einkommensausfalls ausgerichtet werden, wird damit zum Ausdruck gebracht, dass eine Überentschädigung vermieden werden soll. In einem solchen Fall dürfen die Leistungen einer Summenversicherung angerechnet werden, wie das Bundesgericht in Urteil 5C.243/2006 vom 19. April 2007 entschied (CHRISTIAN BOLL / ANDREA STADELMANN STÖCKLI, in: Basler Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, ad N. 4 zu Art. 53 VVG).

4.1.6.

Allgemeine Versicherungsbestimmungen sind, wenn sie ausdrücklich in einen Versicherungsvertrag übernommen wurden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 1 E. 2 S. 6). Deren Inhalt bestimmt sich in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien auf Grund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten (BGE 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 132 III 626 E. 3.1 S. 632).

4.2.

4.2.1.

Gemäss Art. A1 AVB gewährt die Beklagte Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Der Versicherungsschutz wird im Rahmen einer Schadenversicherung gewährt.

Soweit in den Vertragsdokumenten eine Sachlage nicht ausdrücklich geregelt ist, halten sich die Parteien an das Versicherungsvertragsgesetz (VVG, Art. A2 Abs. 3 AVB).

Die Beklagte vergütet den nachgewiesenen und entstandenen Lohnausfall. Die Versicherung gilt nicht als Summenversicherung, sondern als Schadenversicherung (Art. B7 Abs. 1 AVB).

Unter dem Titel Zusammentreffen mit Leistungen Dritter und Überentschädigung finden sich in Art. D3 AVB folgende Ausführungen: Erhält der Versicherte Leistungen aus einer staatlichen oder betrieblichen Versicherung, der AHV/IV, einer entsprechenden ausländischen Versicherung oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt die Beklagte nach Ablauf der Wartefrist den von diesen Versicherungen nicht ersetzten Teil des effektiven Erwerbsausfalls im Rahmen von Vorschussleistungen. Die Summe der genannten Leistungen anderer Versicherer und der komplementären Leistungen der Beklagten darf bei der Versicherungsdeckung cash die Höchstgrenze des versicherten Taggeldes nicht überschreiten (Art. D3 Abs. 1 AVB). Erhält der Versicherte Leistungen aus einer anderen Privatversicherung, haftet die Beklagte in dem Verhältnis, in dem ihre Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht (Art. D3 Abs. 2 AVB). Der Versicherte ist verpflichtet, der Beklagten sämtliche in diesem Zusammenhang leistenden Sozial- und Privatversicherer zu melden (Art. D3 Abs. 3 AVB). Der versicherten Person darf aus den Leistungen nach diesen AVB kein Gewinn erwachsen (Art. D3 Abs. 5 AVB).

4.2.2.

Die von der B. Versicherung ausbezahlte Invalidenrente wurde aufgrund einer Lebensversicherungs-Police vom 22. Juli 1975 (Police- Nr. _____) ausgerichtet, welche zwischen der C. Versicherungen

und dem Kläger als Versicherungsnehmer abgeschlossen worden war. Gemäss dieser Police ist als Zusatzversicherung gemäss Art. 28–37 der allgemeinen Bedingungen (AB C. Vers.) eine jährliche Invalidenrente versichert. In Art. 30.1 der allgemeinen Bedingungen über die Zusatzversicherungen zu den Kapitalversicherungen mit gemischten Leistungen der C. Versicherungen ist normiert, es könne vereinbart werden, dass bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten im Sinne von Art. 19 der allgemeinen Bedingungen für die Haupt-

versicherung Taggelder oder/und eine Invalidenrente ausbezahlt werden sollen. Die Bedingungen, unter denen der Anspruch auf diese Leistungen entsteht, und das Ausmass, in dem sie unter Berücksichtigung des Grades der Arbeitsunfähigkeit geschuldet werden, sind – ohne gegenteilige Vereinbarung (Art. 30.02) – dieselben wie für den Anspruch auf Befreiung von der Prämienzahlung wegen vollständiger oder teilweiser, krankheits- oder unfallbedingter Unfähigkeit, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Bei der Invalidenrenten-Versicherung sind die Rentenleistungen monatlich nachschüssig zahlbar, solange eine Arbeitsunfähigkeit besteht und die vereinbarte Deckungsdauer nicht abgelaufen ist (Art. 30.4 AB C. Vers.). Gemäss Art. 19.01 der allgemeinen Bedingungen (AB C. Vers.) zu den Kapitalversicherungen mit gemischten Leistungen der C. Versicherungen liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn auf Grund objektiver Anzeichen ärztlich festgestellt wird, dass der Versicherte infolge Unfalls, Krankheit oder Zerfalls seiner geistigen oder körperlichen Kräfte ganz oder teilweise unfähig ist, seinen Beruf oder jede andere, seinen Kenntnissen und Fähigkeiten angemessene, Erwerbstätigkeit auszuüben. Nach Art. 19.04 AB C. Vers. bleibt der Anspruch solange bestehen, als der Versicherte ganz oder teilweise arbeitsunfähig bleibt.

4.3.

4.3.1.

Bei der gemäss Police Nummer _____ vom 22. Januar 2010 abgeschlossenen Kollektiv-Lohnausfallversicherung handelt es sich entsprechend den expliziten Bestimmungen von Art. A1 AVB und Art. B7 Abs. 1 AVB um eine Schadenversicherung und nicht um eine Summenversicherung.

Der versicherte maximale Leistungsumfang entspricht gemäss Police (KB 1) einem Taggeld von 100 % ausgehend von einer Jahreslohnsomme von Fr. 60'000.00. Vergütet wird der nachgewiesene und entstandene Lohnausfall, welcher Folge einer Krankheit oder eines Unfalls ist (Art. B7 Abs. 1 i. V. m. Art. A1 AVB).

4.3.2.

Die durch den Lebensversicherungsvertrag mit der C. Versicherungen vereinbarte jährliche Invalidenrente ist unabhängig davon geschuldet, ob der Kläger effektiv einen Schaden erlitten hat. Für die Ausrichtung der Invalidenrente ist einzig der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit vorausgesetzt, nicht jedoch der Eintritt einer Erwerbs- oder Vermögenseinbusse (vgl. Art. 30.1 i.V.m. Art. 19.1 und Art. 30.4 AB C. Vers.). Da die Ausrichtung der Invalidenrente keine konkrete geldwerte Einbusse und damit keinen effektiv erlittenen Schaden bedingt, ist diese Versicherungsleistung den Summenversicherungen zuzuordnen.

4.3.3.

Der Kläger hat gegenüber der Beklagten einen Taggeldanspruch aus einer Schadenversicherung und gegenüber der B.Versicherung einen Invalidenrentenanspruch aus einer Summenversicherung. Entgegen dem Grundsatz, dass sich ein Versicherter beim Zusammentreffen einer Schaden- mit einer Summenversicherung die Leistungen der Summenversicherung nicht anrechnen lassen muss, ist in den AVB der Beklagten vorgesehen, dass eine Überentschädigung vermieden werden soll (Art. D3 AVB). In Art. D3 Abs. 5 AVB ist zudem normiert, dass der versicherten Person aus den Leistungen nach diesen AVB kein Gewinn erwachsen darf. Die Anrechnung der von der B.Versicherung ausgerichteten Invalidenrente bei der Ermittlung des Taggeldanspruchs des Klägers ist somit gerechtfertigt.

4.3.4.

Beim Lebensversicherungsvertrag, welchen der Kläger im Jahr 1975 mit der C. Versicherungen abschloss (Police-Nr. _____), handelt es sich nicht um eine staatliche oder betriebliche Versicherung, nicht um die AHV/IV, eine entsprechende ausländische Versicherung oder einen haftpflichtigen Dritten im Sinn von Art. D3 Abs. 1 AVB. Die vom 8. September 2011 bis 31. Juli 2013 ausbezahlten Rentenleistungen richtete die B.Versicherung denn auch nicht als haftpflichtiger Dritter aus, sondern als aus Vertrag verpflichteter Versicherer.

Der Kläger schloss die Lebensversicherung im Jahr 1975 als Privatperson für sich als Versicherungsnehmer ab (vgl. Police-Nr. _____). Es handelt sich somit um eine andere Privatversicherung im Sinn von Art. D3 Abs. 2 AVB. Gemäss dieser Bestimmung haftet die Beklagte in dem Verhältnis, in dem ihre Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht, wenn der Versicherte Leistungen aus einer anderen Privatversicherung erhält.

Der Gesamtbetrag der Versicherungssummen beläuft sich auf Fr. 67'500.00 (Fr. 60'000.00 [vgl. KB 1, Versicherungssumme der Beklagten] + Fr. 7'500.00 [vgl. Police der B.Versicherung, Invalidenrente der B.Versicherung]). Die Versicherungssumme der Beklagten von Fr. 60'000.00 steht zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen von Fr. 67'500.00 im Verhältnis 8:9.

Der Erschöpfungsliste (AB 14) ist zu entnehmen, dass sich der ungekürzte Taggeldanspruch des Klägers vom 20. Oktober 2011 bis 31. Juli 2013, als der Kläger auch Rentenleistungen der B.Versicherung bezog, auf Fr. 64'152.50 (Fr. 68'262.00 - [Fr. 2'547.90 + Fr. 1'561.60]) belief. Da der Kläger Rentenleistungen der B.Versicherung erhielt, haftet die Beklagte mit 8/9, was einem Betrag von Fr. 57'024.50 entspricht. Zuzüglich des ungekürzten Taggeldanspruchs vom 1. August bis 19. September 2013

(Fr. 2'547.90 + Fr. 1'561.60) ergibt sich ein Taggeldanspruch von Fr. 61'133.95.

Die Beklagte zahlte dem Kläger vom 21. September 2011 bis 19. September 2013 Fr. 61'091.25 (vgl. AB 14). Damit resultiert eine Differenz von Fr. 42.70, welche die Beklagte dem Kläger nachzuzahlen hat.

4.3.5.

Damit ist die Klage vom 16. Juli 2014 teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Fr. 42.70 zu bezahlen.

5.

5.1.

Der Kläger beantragt einen Verzugszins von 5 % seit dem jeweiligen Verfalltag.

5.2.

Da die AVB und das Versicherungsvertragsgesetz keine Vorschriften zum Verzugszins enthalten, finden die Art. 102 ff. OR Anwendung (Art. 100 Abs. 1 VVG). Nach Art. 102 Abs. 1 OR wird, wenn eine Verbindlichkeit fällig ist, der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt. Wenn für die Erfüllung ein bestimmter Verfalltag verabredet wurde, kommt der Schuldner schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug (Art. 102 Abs. 2 OR). Ein Schuldner, welcher mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist, hat einen Verzugszins von 5 % zu bezahlen (Art. 104 Abs. 1 OR).

5.3.

Gemäss Art. G3 Abs. 2 AVB wird die Versicherungsleistung spätestens vier Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, in dem die Beklagte die für die Feststellung ihrer Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat. Ein Verfalltag ist für die Versicherungsleistungen jedoch nicht vorgesehen. Mangels Verfalltags ist von einem Mahngeschäft auszugehen (Art. 102 Abs. 1 OR). Der Anspruch auf Verzugszinsen setzt nicht nur die Fälligkeit der Versicherungsleistungen, sondern auch die Inverzugsetzung der Beklagten voraus (vgl. JÜRGEN NEF, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N. 20 zu Art. 41 VVG).

Die Beklagte erbrachte nach Ablauf der Wartefrist Taggeldzahlungen. Über die Arbeitsunfähigkeit des Klägers wurde sie laufend informiert. Mit Schreiben vom 1. November 2013 (AB 61) forderte der Kläger die Beklagte auf, die ungekürzten Taggelder nachzuzahlen. Dieses Schreiben, welches als Mahnung zu qualifizieren ist, ging bei der Beklagten am 6. November 2013 ein (vgl. AB 61), womit sie ab 7. November 2013 einen Verzugszins von 5 % zu bezahlen hat.

6.

Die Beklagte ist zu verpflichten, dem Kläger Fr. 42.70 zuzüglich Verzugszins von 5 % ab 7. November 2013 zu bezahlen.

7.

7.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

7.2.

7.2.1.

Eine Parteientschädigung ist nach den allgemeinen Regeln zuzusprechen (Urteil 4A_194/2010 vom 17. November 2010). Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt.

7.2.2.

Der Kläger, welcher Krankentaggeldleistungen in der Höhe von Fr. 7'355.65 beantragt, unterliegt mit seiner Klage beinahe vollständig und hat entsprechend dem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beklagte ist nicht anwaltlich vertreten, weshalb ihr ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO; BGE 133 III 439 E. 4 S. 446).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweise Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 42.70 zuzüglich Verzugszins von 5 % ab 7. November 2013 zu bezahlen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zustellung an:

den Kläger (Vertreter, 2-fach)

die Beklagte

die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonalem Recht **innerhalb 30 Tagen** seit Zustellung mit der **Beschwerde in Zivilsachen** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 26. Januar 2016

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Plüss

Die Gerichtsschreiberin:

A. Sikyr
Sikyr

