

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



II 2016 26

Urteil vom 14. Juli 2016

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
Dr.oec. Andreas Risi, Richter
Dr.iur. Frank Lampert, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A.,
Klägerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Thomas Laube,

gegen

X. Versicherungen,
Beklagte,

Gegenstand

Krankentaggelder nach VVG (vertragliche Obliegenheit)

Sachverhalt:

A. A. war vom 16. März 2012 (= SHAB-Dat.) bis 8. Juli 2016 als einzige Gesellschafterin und Geschäftsführerin der Firma B. (mit Sitz in _____) im Handelsregister des Kantons Schwyz eingetragen. Im Jahr 2013 schloss die Firma B. für ihr gesamtes Personal bei der X. Versicherungen (nachfolgend: X.) eine Kollektiv-Krankenversicherung Police (Nr. _____) ab (Beklag-act. 4; Versicherungsdauer vom 17.5.2013 bis 1.1.2016).

B. Mit Arztzeugnis vom 20. April 2015 attestierte Dr.med. C. (FMH Innere Medizin, _____) A. eine Arbeitsunfähigkeit von 75% ab 11. März 2015 und von 100% ab 2. April 2015. Eine Wiederaufnahme der Arbeit erachtete er als "voraussichtlich nicht absehbar" (Kläg-act. 4). Mit ärztlichem Zeugnis vom 2. Juni 2015 attestierte Dr.med. D. (FMH Neurologie und FMH Psychiatrie und Psychotherapie, _____) A. eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 9. April 2015 und von 50% ab 1. Juni 2015 (Kläg-act. 6 und 7).

C. Gemäss einer undatierten E-Mail von der X. an die Firma E. (welche als Versicherungsberaterin der Firma B. fungiert) (Beklag-act. 7 und 8) hatte diese der X. mit E-Mail vom 17. Mai 2015 einen Schadensfall eines anderen Arbeitnehmers der Firma B. gemeldet, dabei aber versehentlich die ärztlichen Zeugnisse von A. zugestellt (Kläg-act. 12). In der (undatierten) E-Mail wies die X. die Firma E. darauf hin, dass man "die Angelegenheit ohne Schadenmeldungsformular nicht prüfen [könne]", weswegen sie gebeten werde, den Schadenfall von A. mit dem beiliegenden Formular anzumelden. Am 2. Juni 2015 erhielt die X. die ausgefüllte und von A. unterzeichnete Krankheitsmeldung sowie die Arztzeugnisse (Kläg-act. 12; vgl. auch Kläg-act. 7 und 8).

D. Am 10. Juli 2015 teilte die X. der Firma B. mit, gemäss Art. 10 Abs. 1 der geltenden Vertragsbedingungen sei ein versichertes Ereignis spätestens 7 Tage nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist von 30 Tagen anzumelden. Es handle sich dabei um eine Obliegenheit. Nach Art. 12 Abs. 1 AB habe die X. das Recht, bei Nichterfüllung der vertraglichen Obliegenheit, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen. Der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung sei nicht erbracht worden. Die Schadenmeldung habe man verspätet erhalten. Man anerkenne eine Leistungspflicht erst ab Erhalt der Schadenmeldung am 2. Juni 2015 (Kläg-act. 5).

E. Mit Schreiben vom 19. November 2015 ersuchte der Rechtsvertreter von A. die X., das Taggeld ab dem Ablauf der vereinbarten Wartefrist, dem 10. April 2015 bis zum 1. Juni 2015, entsprechend der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 100% nachzuzahlen (Kläg-act. 10). Am 7. Januar 2016 antwortete die X., dass für die Zeit vom 10. April 2015 bis 1. Juni 2015 keine Taggeldleistungen zu erbringen seien (Kläg-act. 11).

F. Am 28. Januar 2016 hielt die X. daran fest, dass sie die Anspruchsvoraussetzungen für weitere Taggeldzahlungen als nicht gegeben betrachte. Man habe zudem festgestellt, dass A. während der geltend gemachten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit im Geschäft Bürotätigkeiten erledigt habe. Sie habe am 15. April 2015 eine Schadenmeldung und am 30. April 2015 eine E-Mail an den Versicherungsbetreuer verfasst. Man erachte die Voraussetzungen, um von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, als sehr fraglich. Dennoch zeige sich die X. zu (unpräjudiziellen) Vergleichsverhandlungen bereit (Kläg-act. 14). Mit Schreiben vom 1. Februar 2016 hielt der Rechtsvertreter von A. an der Taggeldforderung von Fr. 10'730.54 fest (Vi-act. 15). Am 8. Februar 2016 hielt die X. an ihrer Sichtweise bezüglich einer Teilarbeitsfähigkeit fest und zeigte sich bereit, gegen Nachweis der Lohnfortzahlung durch die Firma B. A. unpräjudiziell entsprechend einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit Fr. 5'370.-- zu überweisen (Kläg-act. 16). Mit Schreiben vom 10. Februar 2016 hielt der Rechtsvertreter von A. an der ursprünglichen Taggeldforderung fest (Vi-act. 17).

G. Mit Eingabe vom 2. März 2016 lässt A. beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Klage einreichen gegen die X. mit folgenden Anträgen:

1. Die Beklagte habe der Klägerin Fr. 5'417.46 zzgl. Zins zu 5% ab mittlerem Verfall, dem 6. Mai 2015, zu bezahlen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu lasten der Beklagten.

H. Mit Klageantwort vom 24. März 2016 beantragt die Beklagte die Klageabweisung unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu lasten der Klägerin.

I. In der Replik vom 11. April 2016 äussert sich die Klägerin zur Klageantwort der Beklagten. Gleichzeitig hält sie an ihren Klageanträgen fest. In der Duplik vom 28. April 2016 erneuert die Beklagte ihren Antrag auf Klageabweisung. Eventualiter beantragt sie die gerichtliche Anordnung einer Aktenexpertise (Duplik-Antrag Ziff. 2). Mit Eingabe vom 9. Mai 2016 äussert sich die Klägerin zur Duplik der Beklagten. Hierzu äussert sich die Beklagte mit Eingabe vom 10. Juni 2016.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) vom 18. März 1994 unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem Versicherungsvertragsgesetz (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG, SR 221.229.1] vom 2.4.1908). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 Erw. 1a/aa, 229 Erw. 2 b).

Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272) vom 19. Dezember 2008 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. Der kantonale Gesetzgeber hat in § 24 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGzKVG, SRSZ 361.110) vom 19. September 2007 das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht bezeichnet. Es ist gemäss § 24 Abs. 2 EGzKVG auch für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig.

1.1.2 Die Versicherer müssen ihre Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder des Versicherungsnehmers erfüllen. Der Gerichtsstand richtet sich nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Art. 46a VVG). Unabhängig davon, ob der vorliegende Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag als Konsumentenvertrag (Art. 32 ZPO) gilt oder unter die Grundsatzregel betreffend die örtliche Zuständigkeit für Klagen aus Vertrag (Art. 31 ZPO, wonach als Gerichtsstand u.a. der Ort der charakteristischen Leistung in Frage kommt) fällt, kann die Klage am Wohnsitz der Klägerin, welcher sich vorliegend am gleichen Ort befindet, wie der Sitz der Arbeitgeberin, erhoben werden. Art. 20 der allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung (AB), Ausgabe 2008, sieht für Streitigkeiten aus Kollektivkrankentaggeld-Versicherungen mit Arbeitgebern als Gerichtsstand für die Arbeitnehmer auch deren Arbeitsort vor (vgl. Kläg-act. 2 S. 5).

Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Klage ist somit gegeben und auch unbestritten.

1.1.3 Für das Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht sind gemäss § 70 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 die §§ 9 bis 33 sowie 60 des VRP und im Übrigen die Bestimmungen der ZPO, insbesondere jene über die Widerklage, die Rechtshängigkeit der Klage und die Säumnis, sinngemäss anwendbar.

Das Gericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind (§ 27 Abs. 1 VVP; vgl. auch Art. 60 ZPO sowie Art. 59 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a-f ZPO). Der Versicherungsnehmer ist im vorliegenden Fall die Arbeitgeberin der Klägerin, wobei im Vertrag als versicherte Personen das gesamte Personal bezeichnet wurde. Gemäss Art. 87 VVG steht demjenigen, zu dessen Gunsten die Versicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritt der Krankheit aus der kollektiven Krankenversicherung ein selbständiges Forderungsrecht gegen den Versicherer zu (vgl. Art. 6 Ziff. 3 AB). Die Klägerin ist deshalb zur Klageeinreichung legitimiert. Des Weiteren ist bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, für welche die Kantone eine einzige kantonale Instanz nach Art. 7 ZPO bezeichnet haben, kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 Erw. 4); das Beibringen einer gültigen Klagebewilligung der Schlichtungsbehörde nach Art. 209 ZPO entfällt somit (vgl. BGE 139 III 273 Erw. 2.1). Auf die Klage ist deshalb einzutreten.

1.2 Die Kollektiv-Krankenversicherung, welche der vorliegenden Klagezugrunde liegt, richtet sich nach VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 21). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO; sog. "soziale" Untersuchungsmaxime, vgl. Bundesgerichtsurteil 4A_360/2015 vom 12.11.2015 Erw. 4.2). Der sozialpolitisch begründeten Untersuchungsmaxime geht es darum, die wirtschaftlich schwächere Partei zu schützen, die Gleichheit zwischen den Parteien herzustellen sowie das Verfahren zu beschleunigen. Die Parteien sind jedoch nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidungswesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Sie tragen auch im Bereich der Untersuchungsmaxime die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. Das Gericht hat lediglich seine Fragepflicht auszuüben, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie das Beibringen von Beweisen hinzuweisen (vgl. Bundesgerichtsurteil 4A_79/2012 vom 27.8.2012 Erw. 4.3). Zudem hat es sich über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen (Bundesgerichtsurteil 4A_360/2015 vom 12.11.2015 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

2 Streitpunkte des vorliegenden Klageverfahrens sind einerseits der genaue Zeitpunkt der Krankheitsmeldung an die Beklagte (nachfolgend Erw. 3 ff.) und andererseits der Grad der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im Zeitraum vom 10. April 2015 bis 1. Juni 2015 (nachfolgend Erw. 4.1 f.).

3. In Bezug auf die Krankheitsmeldung der Klägerin an die Beklagte ist folgender Sachverhalt aktenkundig:

3.1.1 Das Kläg-act. 12 enthält den Ausdruck eines E-Mail-Verkehrs zwischen der Firma E. (Versicherungsberater der Klägerin bzw. von deren Arbeitgeberin) und der Beklagten. Auf dem Ausdruck ist zuoberst die Firma E. als Absender einer E-Mail aufgeführt (deren Inhalt und Datum ist nicht bekannt). Die besagte E-Mail enthält eine weitergeleitete Nachricht vom 2. Juni 2015 von der Firma E. an die Beklagte; diese weitergeleitete Nachricht bezieht sich ihrerseits auf eine E-Mail unbekanntes Datums der Beklagten an die Firma E. zusammengefasst ist dieser Korrespondenz folgendes zu entnehmen:

[Weitergeleitete Nachricht der Firma E. an die Beklagte vom 2. Juni 2015]

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihre untenstehende Mail.

In der Beilage erhalten Sie die ausgefüllte Krankheitsmeldung der VN sowie die Arztzeugnisse.

Besten Dank für die Registrierung und Bearbeitung des Falles.

(...)

[angefügte Nachricht; von der Beklagten an die Firma E. unbekanntes Datum]

Sehr geehrter Herr F.

Wir beziehen uns auf Ihre E-Mail vom 17. Mai 2015. Im Anhang der E-Mail haben Sie uns nicht die ärztlichen Zeugnisse von Herrn G. zugestellt sondern von Frau A.

Leider können wir die Angelegenheit ohne Schadenmeldungsformular nicht prüfen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, uns den Schadenfall von Frau A. mit beiliegendem Formular anzumelden.

Zu unserer Entlastung senden wir Ihnen im Anhang die Unterlagen zurück, welche Sie uns zusammen mit der Meldung wieder zustellen können.

Sollten Sie die Schadenmeldung bereits geschickt haben, bitten wir Sie um die Zustellung einer Kopie oder uns allenfalls zu kontaktieren.

(...)

3.1.2 Die Klägerin reichte zudem eine E-Mail vom 6. Juli 2015 von der Firma E. an die Beklagte ein, worin unter anderem folgendes festgehalten wurde (Kläg-act. 13):

(...)

Fall - Frau A.

Nach Rücksprache mit Frau A. hat diese einen Zusammenbruch erlitten, dahingehend wurde ein Burn-Out festgestellt. Frau A. ist alleine für das Office der Firma zuständig und hat keinen STV zur Verfügung als Unterstützung.

- Der Zusammenbruch war am 11.03.2015
- Der Arztzeugnis wurde am 20.04. erstellt
- Die Anmeldung folgte am Anfangs Mai

(...)

3.1.3 Am 2. Juni 2015 reichte die Klägerin die ausgefüllte und von ihr unterzeichnete Krankheitsmeldung (wegen Erschöpfung 100% arbeitsunfähig seit 11.3.2015) auf dem von der Beklagten zur Verfügung gestellten Formular ein (Kläg-act. 8).

3.1.4 Aus diesem E-Mail-Verkehr leitet die Klägerin im Wesentlichen ab, dass die Arbeitgeberin vorliegend ihre Obliegenheit, das Schadenereignis zu melden, erfüllt habe, wenn auch etwas später als von der Beklagten gemäss den AB verlangt. Das Arztzeugnis von Dr.med. C. sei auch erst am 20. April 2015 erstellt worden. Der massgebende Sachverhalt sei jedoch auch anfangs Juni 2015 noch ohne zusätzliche Schwierigkeiten einfach festzustellen gewesen. Die Arbeitgeberin habe ihre Pflichten und Obliegenheiten erfüllt, wenn auch etwas später (Klage, S. 5 f. Ziff. 11).

Die Beklagte anerkennt in der Klageantwort die Richtigkeit der von ihr als Antwort auf die E-Mail von der Firma E. vom 17. Mai 2015 verfassten (undatierten) E-Mail. Diese E-Mail könne allerdings frühestens vom gleichen Tag, dem 17. Mai 2015, datieren, und ändere damit nichts an der Tatsache der verspäteten Anmeldung. Den Hinweis von der Firma E. in der E-Mail vom 6. Juli 2015, wonach die Anmeldung anfangs Mai 2015 (mündlich) erfolgt sei, bestreitet sie (Klageantwort, S. 4 Ziff. 6 und 7).

In ihrer Replik hält die Klägerin mit Bezug auf die E-Mail der Firma E. vom 6. Juli 2015 daran fest, dass die Anmeldung anfangs Mai 2015 erfolgt sei (Replik, S. 3 Ziff. 4.1).

3.2 Ist der Versicherungsfall eingetreten (Krankheit des Arbeitnehmers), muss der Anspruchsberechtigte gemäss Art. 38 Abs. 1 VVG, sobald er von diesem Ereignis und seinem Anspruch aus der Versicherung Kenntnis erlangt, den Versicherer benachrichtigen. Der Versicherungsvertrag kann dabei vorsehen, dass die Anzeige schriftlich erstattet werden muss. Es steht nicht im Ermessen des Versicherungsnehmers, wann er sich entschliesst, Versicherungsleistungen einzufordern. Dass Art. 38 VVG den Anspruchsberechtigten zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalls verpflichtet, dient in erster Linie den berechtigten Interes-

sen des Versicherers. Dieser will die näheren Umstände des Falles sofort abklären können, falls eine Notwendigkeit dazu besteht. Je schneller er eingreift, desto besser ist er in der Lage zu erkennen, ob der Versicherungsnehmer grundsätzlich berechnete oder ungerechtfertigte Ansprüche stellt. Die Schadenmeldung dient ausserdem der Begründung des Versicherungsanspruchs. Der Anspruchsberechtigte trägt insofern die Beweislast in Bezug auf den Eintritt des Versicherungsfalles sowie auf den Kausalzusammenhang zwischen Schadenereignis und dem eingetretenem Schaden. Er erleichtert sich diese Aufgabe erheblich, wenn er nicht zögert, dem Versicherer Meldung zu erstatten und die nötigen Angaben zu machen (vgl. Jürg Nef in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel/Genf/München 2001, [VVG-Nef] Art. 38 N 1 f.). Die Anzeige des Versicherungsfalles nach Art 38 VVG ist nicht zuletzt auch eine Voraussetzung dafür, dass der Versicherungsanspruch fällig werden kann (vgl. Art. 41 Abs. 1 VVG).

3.3.1 Gesetzeswortlaut und -zweck von Art. 38 Abs. 1 VVG lassen keinen Zweifel daran, dass eine unverzügliche Meldung erforderlich ist (VVG-Nef, Art. 38 N 10). Für die Erfüllung der Anzeigepflicht ist gesetzlich keine besondere Form vorgeschrieben. Der dispositive Charakter von Art. 38 VVG erlaubt den Versicherern, in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) vorzuschreiben, die Anzeige müsse schriftlich, telegrafisch oder per Fax erfolgen. Sinn und Zweck der Anzeige wird Genüge getan, wenn deren Inhalt den Versicherer erst einmal darüber orientiert, dass das befürchtete Ereignis eingetreten ist. Dafür reicht zunächst eine kurze Darstellung des Sachverhalts; in dieser ersten Phase kommt es auf die Schnelligkeit, nicht auf die Vollständigkeit in der Informationsübermittlung an. Ungenauigkeit und Lücken können darum dem Anzeigepflichtigen bezüglich Wahrung der Anzeigefrist nicht schaden. Denn der Versicherer ist jetzt grundsätzlich in der Lage, die nötigen Massnahmen zu treffen; er kann und soll sein fragmentarisches Wissen etwa durch Rückfragen beim Anzeigerstatter ergänzen. Erst in einer zweiten Phase besteht die Notwendigkeit, das Vorgefallene im Detail zu klären, Ursachen und Höhe des Schadens zu erurieren (VVG-Nef, Art. 38 N 12).

3.3.2 Grundsätzlich hat die Anzeige die vertragliche Form zu wahren. Ersucht der Versicherer um "Schadenmeldung" mittels schriftlichem Formular, kommt es in der Praxis - besonders bei den Motorfahrzeugversicherungen - häufig vor, dass der Versicherungsnehmer den Versicherer zuerst mündlich, etwa telefonisch, über das Schadenereignis orientiert. Damit ist die Anzeigepflicht grundsätzlich erfüllt; das spätere Ausfüllen und Retournieren des Formulars erfolgt bereits unter dem Titel der Auskunftspflicht (vgl. Art. 39 VVG) und kann bei Verzö-

gerung die gesetzliche Anzeigefrist von Art. 38 nicht mehr verletzen. Es ist denn auch folgerichtig, dass viele Gesellschaften in den AVB zwischen sofortiger Benachrichtigung (meist mündlich) und nachfolgenden schriftlichen Angaben zur Begründung des Anspruchs unterscheiden (VVG-Nef, Art. 38 N 14).

3.3.3 Nach Art. 39 Abs. 1 VVG muss der Anspruchsberechtigte auf Begehren des Versicherers jede Auskunft über solche ihm bekannte Tatsachen erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Ereignisses dienlich sind. Zudem kann der Versicherungsvertrag vorsehen, dass der Anspruchsberechtigte bestimmte Belege, deren Beschaffung ihm ohne erhebliche Kosten möglich ist, insbesondere auch ärztliche Bescheinigungen, beizubringen hat (Art. 39 Abs. 2 Ziff. 1 VVG). Ist vereinbart worden, dass der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte wegen Verletzung einer Obliegenheit von einem Nachteil betroffen wird, so tritt dieser Nachteil nicht ein, wenn die Verletzung nach den Umständen als eine unverschuldete anzusehen ist (Art. 45 Abs. 1 VVG). Im Rahmen von Art. 45 VVG können die AVB Bestimmungen zur Mitwirkung bei der Abklärung des Versicherungsfalls enthalten, da Art. 39 Abs. 2 Ziff. 1 VVG nicht abschliessend zu verstehen ist (Art. 98 VVG, vgl. VVG-Nef, Art. 39 N 13). Die Rechtsnachteile für den Fall der Verletzung einer entsprechend vorgesehenen Obliegenheit können unter Vorbehalt unverschuldeter Verletzung frei vereinbart werden, soweit keine zwingenden gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen (Bundesgerichtsurteil 4A_390/2010 vom 2.3.2010 Erw. 3.2 mit Hinweis auf Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1995, S. 308; VVG-Nef Art. 45 N 9).

3.4 Die Police zur Kollektiv-Krankenversicherung der Klägerin verweist auf die AB, die besondere Bedingung (BB) - Überschussbeteiligung, die Zusatzbedingungen für die Krankentaggeld-Versicherung nach den Bestimmungen des Landesmantelvertrages im Bauhauptgewerbe, Ausgabe 2008, das Merkblatt für die versicherten Personen beim Eintritt in den versicherten Betrieb sowie das Merkblatt für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beim Ausscheiden aus dem Betrieb (Beklag-act. 4). Vorliegend sind insbesondere Art. 10 Abs. 1 AB (vgl. hierzu auch den Abschnitt "Verhalten im Krankheitsfall" im erwähnten Merkblatt zum Betriebseintritt) und Art. 12 Abs. 1 AB relevant, in denen folgendes festgehalten wird: **Artikel 10 Was ist bei Eintritt des versicherten Ereignisses zu betrachten?**

1. Vorgehen

Gibt ein versichertes Ereignis voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen,

- a) ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anordnungen des Arztes und des Chiropraktors Folge zu leisten;
- b) hat der Versicherungsnehmer dies der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular wie folgt zu melden:

bei Wartefrist bis 30 Tagen:

- innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartefrist

bei Wartefrist 31 und mehr Tagen:

- spätestens bei Ablauf der Wartefrist.

Zur Begründung des Anspruches hat der Versicherungsnehmer, bzw. die versicherte Person die erforderlichen Arztzeugnisse mit Angabe der vollständigen Diagnose beizubringen.

(...).

Artikel 12 Wann werden die Leistungen gekürzt?

1. Nichtbefolgen von vertraglichen Obliegenheiten

Wenn die vertraglichen Obliegenheiten nicht erfüllt werden, hat die Gesellschaft das Recht, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung.

3.5 Vorschriften wie die erwähnten Art. 10 und 12 AB der Beklagten, wonach Leistungen bis zum Zeitpunkt der ordnungsgemässen Meldung verweigert oder gekürzt werden, hat das frühere Eidgenössische Versicherungsgericht (heute: Bundesgericht) grundsätzlich als bundesrechtskonform bezeichnet, sofern von der versicherten Person die rechtzeitige Meldung vernünftigerweise verlangt werden kann. Erscheint dagegen eine Pflichtverletzung nach den Umständen als entschuldbar, so darf damit in der Regel keine Sanktion verbunden werden; zudem darf die Sanktion nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verstossen (vgl. BGE 127 V 155 Erw. 4, 104 V 10 E 2 und RKUV 1990 Nr. K 829 S. 4 E 2a, je mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des EVG K 50/2002 vom 9.12.2003 Erw. 1.2; vgl. auch Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 21.4.2006 Nr. 730 05 258 Erw. 2.3). Dem von der Klägerin gestellten Klagebegehren Ziff. 1 kann deshalb nur dann entsprochen werden, wenn ihr der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung gelingt, was es nachfolgend zu prüfen gilt. Die Beklagte als Versicherer trifft die Beweislast dafür, dass eine Obliegenheitsverletzung vorliegt und das sie einen bestimmten Rechtsnachteil bewirkt. Sache der Klägerin als Anspruchsberechtigte ist es jedoch, ihr Nichtverschulden zu beweisen (VVG-Nef Art. 45 N 11 ff., insb. N 13 mit weiteren Hinweisen).

3.6 Die Klägerin war ab dem 11. März 2015 arbeitsunfähig geschrieben. Bei rechtzeitiger Meldung hätte sie somit nach Ablauf der 30-tägigen Wartefrist

(9.4.2015) innert sieben Tagen, d.h. bis am 16. April 2015 den Krankheitsfall melden müssen, um ab Beginn ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankentaggelder beziehen zu können. Bis zu diesem Datum ist unbestrittenermassen keine Krankheitsmeldung an die Beklagte erfolgt, weswegen die Krankheitsmeldung der Klägerin verspätet erfolgt ist. Gemäss dem Arztzeugnis von Dr.med. C. vom 20. April 2015 (Kläg-act. 4) stand die Klägerin bei ihm seit dem 13. März 2015 in Behandlung. Es wäre der Klägerin ohne weiteres zumutbar und auch zu erwarten gewesen, dass sie innert der 7-Tagesfrist (nach Ablauf der 30-tägigen Wartefrist) ein Arztzeugnis verlangt hätte und dieses der Beklagten einreicht. Gründe, die das Zuwarten der Klägerin entschuldbar erscheinen lassen, werden von ihr nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich. Dass das früheste Arztzeugnis erst am 20. April 2015 erstellt worden ist, ist der Klägerin anzulasten, zumal sie nicht geltend macht, bereits früher die Ausstellung eines Arztzeugnisses verlangt zu haben. Die Klägerin ist deshalb ihrer vertraglichen Obliegenheit in schuldhafter Weise nicht nachgekommen. Die Klägerin kann auch aus der Tatsache, dass die Beklagte ihr auf Basis einer angenommenen 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit eine Taggeldzahlung für die Zeit ab 10. April 2015 ausrichtete, nichts zu ihren Gunsten ableiten, da diese Zahlung unter dem Vorbehalt "unpräjudiziell" geleistet wurde (Kläg-act. 16 und 19).

3.7 Gemäss Art. 12 Abs. 1 AB kann die Beklagte bei (schuldhaftem) Nichtbefolgen einer vertraglichen Obliegenheit die Leistungen entweder kürzen oder verweigern. Die Beklagte richtete vorliegend die Taggelder erst ab Erhalt der verspäteten Krankheitsmeldung aus (vgl. Kläg-act. 5 = Schreiben der Beklagten vom 10.7.2015). Zu Recht nahm sie trotz der verspäteten Meldung keine vollständige Leistungskürzung vor, würde doch damit gegen das Verhältnismässigkeitsprinzip verstossen (vgl. vorne Erw. 3.5).

Allerdings greift die Vorgehensweise der Beklagten im vorliegenden Fall zu kurz. Zwischen den Parteien ist es unbestritten, dass die Beklagte spätestens am 17. Mai 2015 die Arztzeugnisse der Klägerin erhalten hat (vgl. vorne Erw. 3.1.1 Zitat und Erw. 3.1.4 zweiter Absatz; vgl. auch Klageantwort S. 4 Ziff. 7). Nachdem es dem Sinn und Zweck der Anzeige entspricht, den Versicherer erst einmal über den Eintritt des befürchteten Ereignisses zu informieren, kann der Vorgehensweise der Beklagten nicht gefolgt werden, wenn sie die Taggelder erst nach Erhalt des ausgefüllten Schadenmeldungsformular ausrichten will. Bei objektiver Betrachtungsweise ist im vorliegenden Fall der Eingang der Arztzeugnisse als massgebender Zeitpunkt zu betrachten, da der Versicherer spätestens zu diesem Zeitpunkt Kenntnis vom Versicherungsfall erhält. Damit ist die Melde- bzw. Anzeigepflicht grundsätzlich erfüllt, was entscheidend ist (vgl. vorne Erw. 3.3.2).

Darüber hinaus die Ausrichtung von Krankentaggelder von der Einreichung des Krankheitsmeldungsformulars abhängig machen zu wollen, wenn bereits hinreichend Kenntnis vom Eintritt des befürchteten Ereignisses besteht, lässt sich grundsätzlich weder mit dem Verhältnismässigkeitsprinzip noch dem Verbot des überspitzten Formalismus vereinbaren. Es ist nicht ersichtlich, welchen entscheidenden zusätzlichen Informationsgewinn die Beklagte vorliegend durch das Einreichen des von ihr zur Verfügung gestellten Formulars erhält, den sie nicht schon mit den Arztzeugnissen erhalten hat. Im Übrigen sei auf den Wortlaut von Art. 10 Abs. 1 zweiter Abschnitt AB (vorne Erw. 3.4) verwiesen, nach welchem die Beibringung eines Arztzeugnisses anspruchsbegründend wirkt.

3.8 Auf der anderen Seite kann auch der Klägerin nicht gefolgt werden, wenn sie auf die Aussage im E-Mail der Firma E. vom 6. Juli 2015 abstellt, wonach die Anmeldung für die Klägerin anfangs Mai 2015 erfolgt sei. Diese von der Beklagten bestrittene Aussage wird von der Klägerin nicht weiter belegt. Es ist nicht erstellt, dass der Beklagten bereits anfangs Mai 2015 Arztzeugnisse eingereicht worden sind. Es ist zudem nicht auszuschliessen, dass der Verfasser der E-Mail vom 6. Juli 2015 mit dieser Aussage auf die E-Mail der Firma E. vom 17. Mai 2015 Bezug genommen hat, wenn er von "Anfangs Mai" schreibt.

3.9 Ebenfalls kann der Klägerin nicht gefolgt werden, wenn sie Art. 12 Abs. 1 AB als ungewöhnliche Klausel qualifiziert wissen will, welche ihr deshalb nicht entgegen gehalten werden könne (Replik, S. 7 Ziff. 12.1). Zwar wird die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist (BGE 138 III 411 Erw. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Die fragliche Klausel muss allerdings zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führen oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fallen. Dies ist vorliegend nicht der Fall, zumal sich Art. 12 Abs. 1 AB vor dem Hintergrund des dispositiven Charakters von Art. 38 VVG (i.V.m. Art. 45 Abs. 1 VVG) als bundesrechtskonform erweist (vgl. vorne Erw. 3.3. 1ff. und 3.5) und die Sanktionierung der Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit nicht zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt. Der nicht weiter substantiierte Einwand der Klägerin ist deshalb unbegründet.

Als Zwischenfazit ist demnach festzuhalten, dass die Klägerin Anspruch auf Tag-gelder ab dem 17. Mai 2015 hat.

4.1 In der Klageantwort zieht die Beklagte die volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 1. April 2015 in Zweifel, da sie offensichtlich im Stande gewesen sei, Büro- und Geschäftstätigkeiten in dieser Zeitspanne zu erledigen. Sie offeriert die Buchhalterin der Arbeitgeberin der Klägerin als Zeugin nach Art. 169 ZPO (Klageantwort S. 5 unten f. Ziff. 11 ff.). In der Duplik bringt die Beklagte vor, die Klägerin hätte am 15. April 2015 in einem Fall eines anderen Arbeitnehmers persönlich die Krankheitsmeldung an die Beklagte erstattet. Am 30. April 2015 habe sie sich zur Verspätung dieser Meldung erklärt (Beklag-act. 5 und 8). Die Klägerin habe diese Handlungen in einem Zeitraum vorgenommen, in welchem sie eine volle Arbeitsunfähigkeit geltend mache. Aufgrund dieses Tatbeweises sei davon auszugehen, dass keine volle Arbeitsunfähigkeit vorliege. Allenfalls seien die medizinischen Akten zu vervollständigen und ein Aktengutachten zur Arbeitsfähigkeit zu veranlassen (Duplik, S. 3 f. Ziff. 4).

4.2 Die Einwände der Beklagten sind unbehelflich. Es liegen zwei von einander unabhängige Arztzeugnisse vor, die der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 17. Mai 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren (bzw. 50% ab 1.6.2015; vgl. Kläg-act. 4 und 6). Am 27. März 2015 wurde bei der Klägerin bei klinischem Burn-out Syndrom ein MRI Schädel (nativ und nach i.v. KM) durchgeführt, um eine Hirnpathologie auszuschliessen (Beklag-act. 12). Dr.med. D. stellte für die Klägerin in ihrem Bericht vom 18. Mai 2015 folgende Diagnosen: Psychophysischer Erschöpfungszustand, Cholezystolithiasis mit Zeichen einer chronischen Cholezystitis, Cholesterinämie sowie Homocysteinämie bei Vitamin B12- und Folsäure-Mangel (Beklag-act. 13). In der Beurteilung hielt Dr.med. D. u.a. fest, es sei bei der Klägerin in der letzten Zeit erstmalig zu ausgeprägten Panikattacken gekommen. Den psychophysischen Erschöpfungszustand beschrieb Dr.med. D. als ausgeprägt. Für das Gericht besteht kein Anlass, von den fachärztlichen Einschätzungen bezüglich Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Von der beantragten Zeugenbefragung kann in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden, da dieses Beweismittel nicht geeignet ist, die ärztlichen Expertisen in Zweifel zu ziehen. Das gilt auch für das von der Klägerin beantragte Aktengutachten zur Arbeitsfähigkeit. Auch keine Zweifel ergeben sich aufgrund der Tatsache, dass am 24. Juni 2015 die Firma [B.] H. neu ins Handelsregister eingetragen wurde (Beklag-act. 2). Wie die Klägerin in ihrer Eingabe vom 9. Mai 2016 plausibel darlegt, ergibt sich bereits aus dem HR-Auszug, dass diese Firma vom Vater und vom Sohn der Klägerin gegründet wurde, während die Klägerin erst am 18. August 2015 in das Handelsregister eingetragen wurde. Die Ausführungen der Beklagten hierzu in der Eingabe vom 10. Juni 2016 (S. 3 unten f.) sind spekulativ und vermögen die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht in Zweifel zu ziehen.

5. Zur Höhe des Krankentaggeldanspruches der Klägerin ist folgendes festzuhalten:

5.1 Gemäss Art. 5 Ziff. 1 Abs. 1 der vorliegend geltenden ZB bezahlt die Gesellschaft das versicherte Taggeld für einen oder mehrere Krankheitsfälle während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen. Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem ärztlich attestierten Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 50% gibt keinen Anspruch auf Taggeld (Art. 6 Ziff. 1 ZB). Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der AHV-Lohn, den die versicherte Person im Monat vor Beginn des Krankheitsfalles oder Rückfalles vom Versicherungsnehmer bezogen hat. Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht, werden mitberücksichtigt. Darunter fallen insbesondere regelmässige Vergütungen, deren Höhe arbeitsvertraglich vereinbart ist, wie der 13. Monatslohn (Art. 7 Ziff. 1 Abs. 1 ZB). Der Lohn wird auf ein volles Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Bei versicherten fixen Lohnsummen wird diese ebenfalls durch 365 geteilt. Das so ermittelte Taggeld wird für jeden Kalendertag ausgerichtet (Art. 7 Ziff. 1 Abs. 4 ZB). Art. 7 Ziff. 2 ZB sieht vor, das Taggeld im Vertrag festzulegen. Im vorliegenden Versicherungsvertrag wurde ein Taggeld von 90% des versicherten Lohnes vereinbart (vgl. Beklag-act. 4).

5.2 Gemäss der Leistungsabrechnung der Beklagten vom 22. Februar 2016 (= Kläg-act. 19) beträgt das Taggeld der Klägerin bei einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit Fr. 208.36 und bei einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit Fr. 104.18. Die Klägerin bestreitet die Höhe dieses Taggeldes nicht; vielmehr legt auch sie dieses Taggeld der Berechnung ihres Leistungsbegehrens zugrunde. Für das Verwaltungsgericht besteht deshalb keine Veranlassung, von der Höhe dieses Taggeldes abzuweichen.

Gemäss den vorstehenden Ausführungen (Erw. 3.9 und 4.2) hat die Klägerin Anspruch auf die vertraglichen Krankentaggeldleistungen auf Basis einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit vom 17. Mai 2015 bis 31. Mai 2015 (15 Taggelder) und auf Basis einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit für den 1. Juni 2015 (1 Taggeld). Die Beklagte hat der Klägerin gemäss der erwähnten Leistungsabrechnung vom 22. Februar 2015 bereits einen Betrag von Fr. 5'522.-- für die Zeit vom 10. April 2015 bis 1. Juni 2015 überwiesen (Kläg-act. 19). Hierbei ist sie von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% (=Taggeld von Fr. 104.18) ausgegangen. Für den 1. Juni 2015 hat die Beklagte deshalb das Taggeld bereits vollständig bezahlt. Sie hat der Klägerin allerdings noch die Differenz zum vorliegend ermittelten Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100% (= Taggeld von Fr. 208.36) für die 15 Taggelder im Mai 2015 nachzuzahlen. Damit hat die Klägerin Anspruch auf eine Taggeldnachzahlung von Fr. 1'562.70 ($104.18 \times 15 = 1'562.70$).

Gestützt auf Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) vom 30. März 1911 besteht grundsätzlich auch ein Anspruch auf die beantragten Verzugszinsen von 5%. Allerdings setzt die Verzugszinspflicht Fälligkeit und Verzug voraus (Art. 104 Abs. 1 und Art. 102 Abs. 1 OR; vgl. Wolfgang Wiegand in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011, Art. 102 N 3). Die vorliegend geltenden AB und ZB der Beklagten enthalten keine Bestimmung über die Fälligkeit von Taggeldleistungen. Diese richtet sich daher nach Art. 41 VVG und ist dahingehend speziell geregelt, als sie erst vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten kann, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. VVG-Nef, Art. 41 N 12 ff.). Hat die anspruchsberechtigte Person (oder die Arbeitgeberin als Versicherungsnehmerin) die nötigen Angaben gemacht und ist die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, gerät der Versicherer (nach Ablauf der vierwöchigen Deliberationsfrist) grundsätzlich erst durch Mahnung in Verzug (vgl. Bundesgerichtsurteil 4A_487/2007 vom 19.6.2009 Erw. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 41 ad N 20; VVG-Nef, Art. 41 N 20 mit Hinweisen). Lehnt die Versicherung allerdings zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Grolimund/Villard, a.a.O., Art. 41 ad N 20, 2. Abschnitt mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27.3.2006, KK.2005.00009 Erw. 8.2 ff., und VVG-Nef, Art. 41 N 20). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; Wiegand, a.a.O., Art. 102 N 11; vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10.2.2015, KV-Z 2013/16 Erw. 7.2.1).

Aus dem Schreiben der Beklagten vom 10. Juli 2015 geht unmissverständlich hervor, dass sie ihre Leistungspflicht für die Zeit vor dem 2. Juni 2015 ablehnt (vgl. Kläg-act. 5). Vor diesem Zeitpunkt ist keine förmliche Mahnung seitens der Klägerin ergangen. Angesichts des Schreibens vom 10. Juli 2015 erwies sich eine Mahnung indes auch als überflüssig. Somit treten Fälligkeit und Verzug per 10. Juli 2015 ein.

5.3 Bei diesem Ergebnis ist die Klage teilweise gutzuheissen.

6.1 Im Entscheidverfahren bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen nach KVG werden keine Gerichtskosten gesprochen (Art. 114 lit. e ZPO).

6.2 Der teilweise obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO (i.V.m. Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO) eine reduzierte Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Diese hat sich nach den kantonalen Tarifen zu richten (Art. 105 Abs. 2 ZPO i.V.m. Art. 96 ZPO). Bei der Bemessung der Parteientschädigung kommt somit der kantonale Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebT, SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975 zur Anwendung. Dieser sieht für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.– bis Fr. 8'400.– vor und nennt in § 2 die bei der Festsetzung zu beachtenden Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand). Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 1'500.– (inkl. MwSt und Barauslagen) festzusetzen.

7. Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 in Betracht kommt (BGE 133 III 439 Erw. 2.1; Bundesgerichtsurteil 4A_695/2011 vom 18.1.2012 Erw. 1.2). Weil das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenkassenversicherung als einzige kantonale Instanz beurteilt, ist die Beschwerde in Zivilsachen zulässig, auch wenn der Streitwert von Fr. 30'000.– nicht erreicht werden sollte (BGE 138 III 2, Regeste und Erw. 1).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte im Sinne der Erwägungen verpflichtet, der Klägerin für die Zeit vom 17. Mai 2015 bis 31. Mai 2015 Taggelder in der Höhe von insgesamt Fr. 1'562.70 zzgl. 5% Zins ab 10. Juli 2015 nachzubezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat der beanwalteten Klägerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in Zivilsachen beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 72ff. BGG).

Soweit die Beschwerde in Zivilsachen nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Klägerin (2/R)
 - die Beklagte (R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.