



II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Bachofner als Einzelrichter
Gerichtsschreiber Brühwiler

Urteil vom 21. Februar 2017

in Sachen

A.
Kläger

gegen

X. Versicherungen
Beklagte

Sachverhalt:

1.

1.1 A., geboren 1957, sowie seine Frau, B., geboren 1956, stellten am 10. November 2011 bei der X. Versicherungen (nachfolgend: X.) das Gesuch um Aufnahme in die Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung, KVG) sowie in die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) per 1. Januar 2012 (Urk 9/2, Urk 9/3). Die X. informierte mit Schreiben vom 2. Dezember 2011 (Urk 9/5) die bisherige Grundversicherung der Eheleute A./B., die Z. Versicherungen, über den vorgesehenen Krankenversicherungswechsel und stellte die Versicherungspolice aus (vgl. Urk. 9/10).

1.2 Mit Schreiben vom 15 April 2012 (Urk. 9/8) teilte B. mit, dass sie die zwei Versicherungspolice Nr. 1 _____ und Nr. 2 _____ rückwirkend per 31. Dezember 2011 aufhebe. Da die Prämien für die Versicherungen weiterhin bezahlt wurden und diese auch andere Police-Nummern hatten als von B. angegeben, wurden die Versicherungen weitergeführt (vgl. auch Urk. 8 S. 3 Ziff. 4).

Mit E-Mail vom 16. April 2013 (Urk. 9/12) informierte die vormalige Grundversicherung die X., dass die Eheleute A./B. seit 1. Dezember 2008 bei ihnen gemäss KVG versichert seien und der Versicherer auf Grund von Prämienausständen nicht gewechselt werden könne (vgl. Bestimmung von Art. 64a Abs. 6 KVG). Am 26. April 2013 zog die X. die Versicherungsbestätigung zurück (Urk 9/13) und erstattete die zwischen 1. Januar 2012 und 30. April 2013 eingekommenen Prämien der Grundversicherung im Betrag von Fr. 4'765.70 zurück (vgl. Urk. 9/16). Ferner schloss sie die Eheleute A./B. per 30. April 2013 aus den Zusatzversicherungen aus (vgl. Schreiben vom 27. März 2013 an die Zweigstelle _____, Urk. 9/11).

1.3 Mit Schreiben vom 12. Juli 2015 (Urk. 2/2) machten die Eheleute A./B. eine Prämienrückforderung geltend und verlangten mit Betreibungsbegehren vom 16. August 2015 (Betreibungsbegehren, Urk. 2/3) die Rückzahlung sämtlicher Prämien in der Höhe von Fr. 10'460.10 zuzüglich Zins zu 5 % seit 1. Juni 2013, die Kostenübernahme ihrer Rechtsberatung im Betrag von Fr. 280.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit 10. Juni 2015 sowie die Übernahme des Portos und der Gebühren von Fr. 20.-- zuzüglich 5 % Zins seit 10. Juni 2015. Die

X. erhob am 27. August 2015 Rechtsvorschlag gegen den Zahlungsbefehl (Betreibung Nr. _____, Urk. 2/4).

2.

2.1 A. erhob am 18. Oktober 2015 (Urk. 1) Klage und beantragte die Beseitigung des Rechtsvorschlages und Erteilung der Rechtsöffnung.

Da vom Beschwerdeführer nicht nur Ansprüche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) geltend gemacht werden, sondern auch solche aus der Zusatzversicherung (VVG), wurden die Ansprüche in zwei Verfahren aufgesplittet. Parallel zum vorliegenden VVG-Verfahren wurde für die Ansprüche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Beschwerdeverfahren angelegt (Verfahren Nr. KV.2015.00090; vgl. Urk. 12).

2.2 Mit Klageantwort vom 10. Dezember 2015 (Urk. 8) beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage, was dem Kläger am 14. Dezember 2015 zur Kenntnis gebracht wurde mit der Aufforderung, hierzu und insbesondere zum eingereichten Kontoauszug der Beschwerdegegnerin betreffend den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. November 2015 (Urk. 9/20; in der Beilage der Beklagten als Beilage 19) Stellung zu nehmen (Urk. 10). Der Kläger liess sich dazu nicht vernehmen (vgl. Urk. 12).

2.3 Nachdem B. mit Schreiben vom 4. November 2016 (Urk. 14) mitgeteilt hatte, dass sie in Scheidung mit dem Beschwerdeführer lebe und dieser nicht befugt gewesen sei, auch in ihrem Namen Beschwerde zu führen, wurde mit Verfügung vom 7. November 2016 (Urk. 16) davon Vormerk genommen, dass B. im vorliegenden Verfahren nicht Partei ist.

Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das vorliegende Verfahren befasst sich nur mit allfälligen Ansprüchen des Klägers auf Leistungen aus der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gemäss VVG. Die mit gleicher Eingabe beschwerdeweise geltend gemachten Ansprüche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem KVG werden im Beschwerdeverfahren KV.2015.00090 beurteilt und sind vorliegend nicht Streitgegenstand.

1.2. 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. 12 Abs. 2 und 3 KVG unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 E. Ia/aa und 232 E. 2b). Nach Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) entscheidet das Gericht privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen oder zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten. Kollektive Krankentaggeldversicherungen werden vom Bundesgericht wie alle weiteren Taggeldversicherungen in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (BGE 138 III 2 E. 1.1; Urteile des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1; 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 2 und 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das einfache Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Gericht anhängig zu machen ist (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.

2.2 Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG werden ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO beurteilt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO stellt das Gericht im Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidwesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Sie haben die relevanten Fakten vorzubringen und die allenfalls zu erhebenden Beweismittel nach Möglichkeit zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 4A_723/2012 vom 3. April 2013 E. 3.3 mit Hinweisen).

2.3 Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches (Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; Urteil des Bundesgerichts 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1).

2.4 Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruches darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 E. 3.4 mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 5C.146/2000 vom 15. Februar 2001 E. 4b mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 5.3 und 4A_316/2013 vom 21. August 2013 E. 6.2) kann sich, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich beziehungsweise nicht zumutbar ist, auch der Versicherer in Bezug auf Tatsachen, für welche ihm die Beweislast obliegt, auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen.

3.

3.1 Es ist unbestritten, dass der Kläger (und seine damalige Ehefrau) bei der X. zusatzversichert waren. Der Vertrag wurde mit dem Kläger per 1. Januar 2012 geschlossen (vgl. Versicherungsantrag, Urk. 9/3) und dieser war fortan unter der Versicherungspolice Nr. 3 krankenversichert. Die Police beinhaltete die Zusatzversicherungen „a.____“ und „b.____“ (Urk. 9/7). Die Prämien für die Zusatzversicherungen beliefen sich monatlich auf total Fr. 49.80 (a.____ mit Einschluss

Unfallrisiko im Betrag von Fr. 35.90 und b. _____ im Betrag von Fr. 13.90). Die Prämien blieben auch für das Jahr 2013 gleich (vgl. Urk 9/10).

Ebenfalls unbestritten blieb die Aufhebung des Vertrages über die Zusatzversicherungen per 30. April 2013 (vgl. Urk 9/11), wobei diesbezüglich von einer Aufhebung im gegenseitigen Einvernehmen respektive durch gegenseitige Übereinkunft (Art. 115 des Obligationenrechts, OR) auszugehen ist, da die Kündigung gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusatzbedingungen (ZB) für Versicherungen nach VVG unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist nur jeweils per Ende Dezember möglich ist (vgl. Art. 12 Ziff. 1 und 2 AVB). Ferner erlischt die Versicherung unter anderem auch durch Rücktritt vom Vertrag (Art. 12 Ziff. 6 AVB).

Strittig und zu prüfen ist somit ein Anspruch des Klägers auf Rückerstattung von Versicherungsprämien gemäss VVG für den Zeitraum Januar 2012 bis April 2013.

- 3.2 Der Kläger stellte sich auf den Standpunkt, per 1. Januar 2012 habe er die Krankenkasse wechseln wollen. Da der Wechsel aus gesetzlichen Gründen nicht möglich gewesen sei und deshalb die Prämien an die immer noch bestehende Krankenversicherung hätten geleistet werden müssen, seien die Prämien doppelt, das heisst sowohl an die bestehende Krankenversicherung als auch an die Beklagte, bezahlt worden. Diese Prämien seien von der Beklagten zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 1).
- 3.3 Demgegenüber vertrat die Beklagte im Wesentlichen die Ansicht, der Kläger sei vom 1. Januar 2012 bis 30. April 2013 durchgehend gemäss den genannten Zusatzversicherungen versichert gewesen. VVG-Versicherungen würden gemäss der Rechtsprechung zur Rückabwicklung von Dauerschuldverhältnissen nicht rückabgewickelt, da die erbrachten Dienstleistungen nicht zurückerstattet beziehungsweise die bis zum 30. April 2013 gewährte Versicherungsdeckung nicht nachträglich aufgehoben werden könne. Mitunter hätte der Kläger Leistungen beziehen können, wenn er entsprechende Rechnungen eingereicht hätte, da eine entsprechende Deckung bestanden habe. Die Prämien für die VVG-Versicherungen seien demnach seitens des Klägers geschuldet gewesen (Urk. 8 S. 4 f.).

- 4.
- 4.1 Der Versicherungsvertrag ist ein Vertrag, bei dem die eine Partei, der Versicherer, der anderen Partei, dem Versicherungsnehmer, gegen Entgelt (Prämie) eine Vermögensleistung verspricht für den Fall, dass ein bestimmter Gegenstand (Person, Sache, Vermögen) von einem bestimmten Gefahrereignis betroffen wird (Moritz W. Kuhn, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich Basel Genf 2010, S. 151). Die Prämienzahlung stellt die Hauptpflicht des Versicherungsnehmers dar. Sie ist die Gegenleistung für die Gewährung des Versicherungsschutzes durch den Versicherer. Die Höhe der Prämie wird im Vertrag vereinbart. Sie ist abhängig vom Umfang des versicherten Risikos und von der Dauer des Risikotransfers (Stephan Furrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Zürich Basel Genf 2011, S. 236).
- 4.2 Die Beklagte als Zusatzversicherer bot während der hier strittigen Zeitdauer von Januar 2012 bis April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.1) ihren Versicherungsschutz an. Das heisst, die Versicherung a._____ deckte unter Berücksichtigung eines Selbstbehaltes allfällige Kosten für Auslandsbehandlungen, Komplementärmedizin und Medikamente während dem die b._____ Versicherungsleistungen für allfällige medizinische Check-ups und Impfungen sowie Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge bot (vgl. Urk. 9/7). Für die Deckung der obgenannten Risiken beziehungsweise Kosten verlangte die Beklagte eine Versicherungsprämie, die sich für die Jahre 2012 bis 2013 auf monatlich Fr. 49.80 belief (vgl. Urk. 9/7 und Urk. 9/20), mithin für die gesamte Zeitdauer im Betrag von Fr. 796.80 pro Person.
- 4.3 Der Kläger verkennt, dass nur im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Doppelversicherungsverbot gilt. Hingegen ist es im Rahmen der Zusatzversicherung gesetzlich ausdrücklich erlaubt, zwei Versicherungen für das gleiche Risiko zu haben, mithin eine Doppelversicherung zu führen (vgl. Art. 53 VVG). Ob im vorliegenden Fall eine Doppelversicherung in den Zusatzleistungsversicherungen vorgelegen hat oder nicht, ist aus den Akten indes nicht ersichtlich. Namentlich bringt der Kläger nicht vor, dass er bei der Z. Versicherungen nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch krankenzusatzversichert war.

Die Tatsachen des formgültig abgeschlossenen Zusatzversicherungsschutzes bei der Beklagten ab Januar 2012 bis zu dessen Beendigung per Ende April 2013 und der gesetzlichen Möglichkeit der Mehrfachversicherung respektive des Fehlens eines Doppelversicherungsverbot im VVG verpflichteten den Kläger somit, die Prämien zu bezahlen und die Beklagte ihrerseits, die in der

Police genannten Risiken zu versichern. Dass der Kläger während dieser Zeit auch von einer Versicherungsdeckung ausging, zeigt die Abrechnung für die Konsultationen und den Medikamentenbezug am 26. Februar und 3. März 2013 bei Dr. med. C. (vgl. Urk. 9/17). Ein Willensmangel hinsichtlich des Abschlusses wie auch der Fortführung der Zusatzversicherungsverträge (bis Ende April 2013) ist somit nicht ersichtlich. Darüber hinaus sieht die gesetzliche Bestimmung von Art. 21 Abs. 1 VVG vor, dass bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages die Prämie für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet ist.

Ein Rückforderungsanspruch des Klägers aufgrund zu viel bezahlter Prämien besteht folglich nicht.

- 4.4 Soweit dem Schreiben der Ehefrau des Klägers vom 15. April 2012 an die Beklagten (Urk. 9/8), mit welchem sie die Aufhebung zweier Versicherungspolicen rückwirkend per 31. Dezember 2011 beantragte, Bedeutung zuzumessen ist, ist Folgendes auszuführen: Die zwei Versicherungspolicen Nr. 1 und Nr. 2 korrespondieren nicht mit den Policen der Beklagten und sind auch nicht aktenkundig. Ferner geht aus der Abrechnung (vgl. Kontoauszug Urk. 9/20) sowie auch aus dem Umstand der Ausstellung der Policen für das folgende Jahr 2013 hervor, dass die Prämien (zumindest teilweise) bezahlt wurden, was auf einen Fortführungswillen der Verträge mit der Beklagten schliessen lässt, ansonsten wohl die Ehefrau des Klägers beziehungsweise dieser selbst sich bei der Beklagten gemeldet hätte, wären sie an einer Kündigung der Verträge interessiert gewesen. Ausserdem wäre eine Kündigung gemäss den AVB der Beklagten erst auf Ende eines Kalenderjahres möglich gewesen (Art. 12 Ziff. 2). Folglich vermag das Schreiben der Ehefrau des Klägers vom 15. April 2012 am Ergebnis nichts zu ändern.
- 4.5 Selbst wenn davon ausgegangen würde, der Kläger habe sich bei Vertragsabschluss in einem wesentlichen Irrtum befunden (Grundlagenirrtum gemäss Art. 24 Abs. 1 Ziff. 4 OR), wogegen sein Verhalten und die Akten sprechen (vgl. vorstehend E. 4.5), und die Zusatzversicherungsverträge dementsprechend ungültig seien, so kann der Kläger auch aus diesem Umstand nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Möglichkeit der Berufung auf einen Grundlagenirrtum verwirkt innert eines Jahres seit Kenntnis des Willensmangels (Art. 31 OR). Basierend auf der Anfechtung des Vertrages resultiert ein Rückforderungsanspruch, welcher innert eines Jahres seit Kenntnis vom Grundlagenirrtum verjährt (Art. 67 Abs. 1 OR). Dem Kläger war seit dem Widerruf des Versicherungsantrages der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 26. April 2013 (Urk. 9/13) bekannt, dass er weiterhin bei der Z. Versicherungen

grundversichert bleibt. Ferner wurden ihm die KVG-Prämien per 14. Juni 2013 zurückerstattet. Die mehr als zwei Jahre später geltend gemachte Prämienrückforderung mit Schreiben vom 12. Juli 2015 (Urk. 3/2) ist demnach nach Ablauf der Jahresfrist erfolgt, womit eine allfällige Rückforderung gemäss Art. 67 OR verjährt wäre.

- 4.6 Zusammenfassend besteht kein Anspruch des Klägers auf Rückerstattung von Prämien aus den Zusatzversicherungen mit der Beklagten. Dies führt zur Abweisung der Klage.

5.

- 5.1 Gemäss Art. 114 lit. e ZPO ist das Verfahren kostenlos.

- 5.2 Nach der zu altArt. 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.

Der Einzelrichter erkennt:

- 1 Die Klage wird abgewiesen.
- 2 Das Verfahren ist kostenlos.
- 3 Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
- 4 Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - A.
 - X.Versicherungen
 - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

5. 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

BB/PAB/ERS

versandt