

# Versicherungsgericht

3. Kammer

KANTON AARGAU

---

VKL.2016.36 / as / fi

Art. 30

## Urteil vom 23. Februar 2017

\_\_\_\_\_ Besetzung      Oberrichterin Plüss, Präsidentin  
Oberrichterin Gössi  
Oberrichter Vetter  
Gerichtsschreiberin Sikyr

\_\_\_\_\_ Kläger      **A.**  
vertreten durch lic. iur. Nikolaus Tamm,

\_\_\_\_\_ Beklagte      **X. Versicherungen**

\_\_\_\_\_ Gegenstand      Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

#### **1.1.**

Der Kläger war über seinen ehemaligen Arbeitgeber bei der Beklagten mit einer Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG versichert (vgl. Klageantwortbeilagen [AB] 3 und 5).

#### **1.2.**

Mit Meldung vom 28. Mai 2015 (AB 5) wurde die Beklagte darüber informiert, dass der Kläger infolge Hexenschusses seit 20. Mai 2015 arbeitsunfähig sei.

#### **1.3.**

In der Folge zahlte die Beklagte auf der Grundlage eines Arbeitsunfähigkeitsgrades von 100 % bis 31. Juli 2015 Taggelder (vgl. Klagebeilage [KB] 3).

### **2.**

#### **2.1.**

Am 7. Oktober 2016 erhob der Kläger beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage gegen die Beklagte. Nach instruktionsrichterlicher Aufforderung zur Klageverbesserung reichte er am 28. Oktober 2016 eine überarbeitete Klage mit folgenden Rechtsbegehren ein:

##### **"1.**

Die Beklagte sei zur Zahlung von CHF 10'600.15 zu verurteilen (37 Krankentaggelder à CHF 123.95 bei voller Arbeitsunfähigkeit vom 1. August bis und mit 7. September 2015 sowie 97 Krankentaggelder à CHF 62 bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit vom 8. September bis und mit zum 13. Dezember 2015), nebst Zins zu 5 % ab mittlerem Verfall.

##### **2.**

Unter o/e-Kostenfolge."

#### **2.2.**

Die Beklagte beantragte mit Klageantwort vom 17. November 2016 Folgendes:

##### **"1.**

Es sei die Klage abzuweisen;

##### **2.**

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers."

#### **2.3.**

Mit Replik vom 12. Dezember 2016 äusserte sich der Kläger zur Klageantwort. Die Beklagte verzichtete auf eine weitere Stellungnahme.

#### **2.4.**

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 7. Februar 2017 wurden die Parteien darüber informiert, dass eine Verhandlung für nicht notwendig erachtet werde und sie gebeten würden, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichteten.

#### **2.5.**

Mit Schreiben vom 14. Februar 2017 verzichtete die Beklagte auf die Durchführung einer Hauptverhandlung. Mit Eingabe vom 20. Februar 2017 verzichtete auch der Kläger auf die Durchführung einer Hauptverhandlung.

---

### **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

##### **1.1.**

Der Kläger macht einen Leistungsanspruch aus der bei der Beklagten bestehenden Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG geltend.

##### **1.2.**

Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG werden in ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteile des Bundesgerichts 4A\_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1; 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.). Eine Klage kann direkt beim Gericht anhängig gemacht werden, es ist kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 E. 4.6 S. 564).

##### **1.3.**

###### **1.3.1.**

Gemäss H4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG, Ausgabe 1. Januar 2013 (AB 1), sind für Klagen gegen die Beklagte wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Person, am Sitz der Beklagten oder am Arbeitsort des Versicherten zuständig.

Der Wohnort des Klägers befindet sich in \_\_\_\_\_. Damit besteht eine örtliche Zuständigkeit im Kanton Aargau.

### **1.3.2.**

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]).

### **1.3.3.**

Für die Beurteilung der mit Klage vom 7. Oktober 2016 angehobenen Streitsache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig.

Da die übrigen Prozessvoraussetzungen ebenfalls erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

## **2**

### **2.1.**

#### **2.1.1.**

Für Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gelten im gerichtlichen Verfahren die gemässigte Untersuchungsmaxime und das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen (Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO).

Im Rahmen der gemässigten Untersuchungsmaxime nach Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO tragen primär die anwaltlich vertretenen Parteien die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhalts und es kommt ihnen eine Behauptungs- und Beweislast zu. Das Gericht hat lediglich seine Fragepflicht auszuüben (vgl. Art. 56 ZPO), die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht und das Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Zudem hat es sich über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Wenn die Parteien durch Rechtsanwälte vertreten sind, soll und muss sich das Gericht Zurückhaltung auferlegen wie im ordentlichen Prozess (BGE 141 III 569 E. 2.3 S. 575 f.; Urteil des Bundesgerichts 4A\_23/2016 vom 19. Juli 2016 E. 3.1).

#### **2.1.2.**

Im Zivilprozess müssen nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers damit bestritten werden. Die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss. Der Grad der Substanziierung einer Be-

hauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substanziierung einer Bestreitung. Je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substanziierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substanziierung einer Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird (vgl. zum Ganzen: BGE 141 III 433 E 2.6 S. 437 f.).

### **2.1.3.**

Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB 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 bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 141 III 241 E 3.1 S. 242; 130 III 321 E 3.1 S. 323; Urteil des Bundesgerichts 4A\_246/2015 vom 17. August 2015 E 2.2; ROLAND SCHÄER, Modernes Versicherungsrecht, 2007, S. 572).

Nach der erwähnten Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (z.B. wegen schuldhafter Herbeiführung des befürchteten Ereignisses: Art. 14 VVG) oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (z.B. wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruches: Art. 40 VVG). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 130 11321 E 3.1 S. 323).

### **2.1.4.**

Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen bedarf es, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich des vollen Beweises. Nach dem Regelbeweismass gilt ein Beweis als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist und ihm allfällige Zweifel als unerheblich erscheinen (BGE 132 III 715 E 3.1 S. 719).

Wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324 f.). Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 130 III 321 E. 3.3 S. 325; Urteil des Bundesgerichts 4A\_458/2008 vom 21. Januar 2009 E. 2.3).

#### 2.1.5.

Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel zulässig: Zeugnis (lit. a), Urkunde (lit. b), Augenschein (lit. c), Gutachten (lit. d), schriftliche Auskunft (lit. e) sowie Parteibefragung und Beweisaussage (lit. f). Diese Aufzählung ist abschliessend. Im Zivilprozessrecht besteht insofern ein numerus clausus der Beweismittel (BGE 141 III 433 E. 2.5.1 S. 436).

Arztzeugnisse und fachärztliche Berichte gelten bloss als Bestandteil der Parteivorbringen und nicht als eigentliche Beweismittel (BGE 140 III 24 E. 3.3.3 S. 29; 140 III 16 E. 2.5 S. 24).

### 2.2.

#### 2.2.1.

Der Kläger behauptet, aufgrund von Rückenproblemen sei er vom 1. August bis 7. September 2015 zu 100 % und vom 8. September bis 13. Dezember 2015 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (vgl. Klage S. 2 und 3) und reichte als Beleg für diese Behauptung Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. med. B., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 29. Juli 2015 (KB 5) und 4. September 2015 (KB 8), die Krankentaggeldkarte (KB 9) und eine Stellungnahme von Dr. med. C., Fachärztin für Rheumatologie, vom 8. September 2015 (KB 7) ein.

#### 2.2.2.

Die Beklagte bestreitet in ihrer Klageantwort nicht, dass beim Kläger für den fraglichen Zeitraum eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Vielmehr hält sie selbst ebenfalls fest, dass eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (vgl. Klageantwort S. 2). Zudem schreibt sie, die Ausführungen bezüglich der Diagnose eines Lumbovertebralsyndroms, der ab 8. September 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % und der seit 14. Dezember 2015 wieder vollständigen Arbeitsfähigkeit würden nicht bestritten (vgl. Klageantwort S. 3).

#### 2.2.3.

Die vom Kläger behauptete Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. August bis 7. September 2015 und von 50 % vom 8. September bis 13. Dezem-

ber 2015, welche von der Beklagten in der Klageantwort nicht bestritten wird, gilt damit als erstellt.

### **2.3.**

#### **2.3.1.**

Die Beklagte macht geltend, der Kläger habe sich unbewilligterweise in Italien aufgehalten und reichte als Beleg ein entsprechendes E-Mail des Klägers vom 21. August 2015 ein (AB 15). Während eines nicht bewilligten Auslandsaufenthalts würden gestützt auf A3 Abs. 3 ihrer AVB (AB 1) keine Leistungen erbracht.

Zudem habe der Kläger, indem er den Termin für die konsiliarische Untersuchung durch Dr. med. C. auf 4. September 2015 hinausgeschoben habe, die medizinische Abklärung massiv verzögert und die Beweissicherung torpediert. Diese Ausführungen belegte die Beklagte mit der Stellungnahme ihres Vertrauensarztes, Dr. med. D., Facharzt FMH für Chirurgie, vom 21. September 2015 (AB 18). Aufgrund der Verletzung der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht sei die Beklagte gemäss G4 ihrer AVB (AB 1) zur Kürzung oder Ablehnung der Leistungen berechtigt gewesen.

#### **2.3.2.**

Der Kläger bestreitet nicht, dass er ohne Einwilligung der Beklagten ins Ausland gereist war. Seinem von der Beklagten eingereichten E-Mail vom 21. August 2015 (AB 15) ist zu entnehmen, dass er sich vom 20. August bis 2. September 2015 in Italien aufhielt.

Der Kläger bestreitet ebenfalls nicht, dass die rheumatologische Untersuchung drei Wochen später, als von Seiten der Ärztin möglich gewesen wäre, durchgeführt wurde. Er bestreitet jedoch, dass er dadurch Mitwirkungs- oder Schadenminderungspflichten verletzt habe. Sein Verhalten habe sich nicht negativ auf den Schadenverlauf ausgewirkt, was vom Vertrauensarzt der Beklagten ausdrücklich bestätigt worden sei (Klage S. 6).

#### **2.3.3.**

Aufgrund der übereinstimmenden Ausführungen der Parteien steht fest, dass sich der Kläger vom 20. August bis 2. September 2015 ohne Einwilligung der Beklagten im Ausland aufhielt und die Untersuchung für das rheumatologische Konsilium am 4. September 2015, drei Wochen später als von Seiten der Ärztin möglich gewesen wäre, stattfand.

### **3.**

#### **3.1.**

##### **3.1.1.**

Gemäss A3 Abs. 3 AVB (AB 1) besteht, falls sich eine erkrankte Person mit Wohnsitz in der Schweiz ohne schriftliche Zustimmung der Beklagten

ins Ausland begibt, während der Zeit des Auslandsaufenthalts kein Anspruch auf Leistungen. Die Leistungspflicht beginnt wieder mit dem Zeitpunkt der Rückkehr in die Schweiz.

### **3.1.2.**

Infolge seines unbewilligten Auslandsaufenthalts vom 20. August bis 2. September 2015 hat der Kläger für diesen Zeitraum keinen Anspruch auf Taggelder.

## **3.2.**

### **3.2.1.**

In G2 Abs. 1 AVB (AB 1) ist normiert, dass der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte Person alles tut, was der Schadenminderung und der Abklärung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Folgen dient. Es ist so bald als möglich ein eidgenössisch diplomierter Arzt oder Chiropraktiker beizuziehen und für fachgemässe Pflege zu sorgen. Die versicherte Person hat den Anordnungen des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten. Sie ist verpflichtet, sich einer Untersuchung durch von der Beklagten beauftragte Ärzte zu unterziehen.

Bei Verletzung der der versicherten Person obliegenden Verpflichtung ist die Beklagte befugt, die Entschädigung nach eigenem Ermessen zu kürzen oder abzulehnen (G4 Abs. 1 AVB [AB 1]).

Der Versicherungsvertrag kann nach Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 VVG Sanktionen vorsehen, falls der Anspruchsberechtigte die Erteilung von Auskünften oder die Beibringung von Belegen versäumt. Das Gesetz erlaubt es, vertraglich als Rechtsnachteil den Verlust des Versicherungsanspruchs zu vereinbaren. Diese sogenannte Verwirkungsklausel knüpft das VVG aber an bestimmte Voraussetzungen: Sie ist nur zulässig, wenn der Versicherer im Vertrag (nicht erst mit der schriftlichen Mahnung) eine angemessene Frist zur Erfüllung der Auskunft- und Mitwirkungspflichten eingeräumt hat, die bestimmt, das heisst genau (nach Tagen, Wochen o.ä.) bemessen sein muss. Zudem ist eine besondere Erfüllungsaufforderung erforderlich; die Vertragsabrede bzw. Vereinbarung in den AVB allein genügt nicht. Der Anspruchsberechtigte ist also nach Eintritt des Versicherungsfalles nochmals schriftlich und ausdrücklich zur Erfüllung seiner Pflichten innert der vereinbarten Frist anzuhalten und auf die Säumnisfolgen aufmerksam zu machen (JÜRIG NEF, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N 17 zu Art. 39 VVG; HÄBERLI/HUSMANN, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 64 N 206 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 4A\_79/2012 vom 27. August 2012 E 5.1).

### 3.2.2.

Der Kläger unterzog sich am 4. September 2015 einer Untersuchung durch Dr. med. C. Er kam der Obliegenheit, sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen, somit nach. In den AVB der Beklagten ist nicht näher bestimmt, in welchem Zeitraum eine solche Untersuchung zu erfolgen hat. Dass eine Untersuchung, welche bereits drei Wochen früher möglich gewesen wäre, eine Obliegenheitsverletzung darstellen würde, kann den AVB nicht entnommen werden.

Die Beklagte behauptet und belegt nicht, dass sie den Kläger im Sinne eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit Hinweis auf die Säumnisfolgen und unter Einräumung einer angemessenen Bedenkzeit schriftlich ausdrücklich aufgefordert hätte, sich innerhalb einer bestimmten Frist untersuchen zu lassen.

Vielmehr teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 19. August 2015 (AB 14) lediglich mit, dass es nicht erklärbar sei, weshalb die rheumatologische Untersuchung erst am 4. September 2015 stattfindet, und dass sich die Beklagte vorbehalte, die Leistungen rückwirkend zu kürzen oder einzustellen.

Die von der Beklagten vorgenommene Leistungsverweigerung ohne vorgängige Fristansetzung für die rheumatologische Untersuchung unter Androhung der Verwirkung des Versicherungsanspruchs ist nicht rechtmässig.

### 3.3.

#### 3.3.1.

Die versicherten Leistungen werden bei ärztlich bescheinigter, vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf einer allfälligen Wartezeit bezahlt. Die Leistungsdauer beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent, jedoch frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung (81 Abs. 1 AVB [AB 1]). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbringt die Beklagte die Leistungen entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (81 Abs. 2 AVB [AB 1]).

#### 3.3.2.

Der vom Kläger beantragte Taggeldansatz von Fr. 123.95 wurde von der Beklagten nicht beanstandet und entspricht den von ihr ausgerichteten Zahlungen (vgl. KB 3).

Aufgrund seiner unbestrittenen Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. August bis 7. September 2015 und von 50 % vom 8. September bis 13. Dezember 2015 resultiert bei Berücksichtigung des unbewilligten Auslandsaufenthalts vom 20. August bis 2. September 2015 ein Leistungsanspruch

vom 1. bis 19. August 2015 und vom 3. bis 7. September 2015 auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (24 Tage à Fr. 123.95) und vom 8. September bis 13. Dezember 2015 auf einer solchen von 50 % (97 Tage à Fr. 62.00 [inkl. Rundungsdifferenz von Fr. 0.025]), was einem Taggeldanspruch von gerundet Fr. 8'989.00 entspricht.

#### **4.**

##### **4.1.**

In seiner Klage beantragt der Kläger einen Verzugszins von 5 % ab mittlerem Verfall.

##### **4.2.**

Da das Versicherungsvertragsgesetz keine Vorschriften zum Verzugszins enthält, 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). Bei einer sich aus mehreren betragsmässig gleichen Prämien zusammengesetzten Forderung kann vom mittleren Verfall ausgegangen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_777/2010 vom 15. Juni 2011 E.5.1; BGE 131 III 12 E 9.5 S. 25).

##### **4.3.**

Der Kläger legt mit keinem Wort dar, wann die Beklagte in Verzug gesetzt wurde. Infolge der dem anwaltlich vertretenen Kläger obliegenden Beweis- und Behauptungslast (vgl. BGE 141 III 569 E 2.3 S. 575 f.; Urteil des Bundesgericht 4A\_23/2016 vom 19. Juli 2016 E 3.1) ist die unsubstanzierte Verzugszinsforderung des Klägers abzuweisen beziehungsweise ist ihm erst ab Eingang der Klage, das heisst ab 10. Oktober 2016, der gesetzliche Verzugszins von 5 % zuzusprechen.

#### **5.**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagte dem Kläger Taggelder vom 1. bis 19. August 2015 und vom 3. bis 7. September 2015

auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (24 Tage à Fr. 123.95) und vom 8. September bis 13. Dezember 2015 auf einer

solchen von 50 % (97 Tage à Fr. 62.00), gesamthaft Fr. 8'989.00, zu bezahlen hat. Die Klage ist somit teilweise gutzuheissen.

#### **6.**

##### **6.1.**

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

**6.2.**

**6.2.1.**

Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteienschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt. Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO).

**6.2.2.**

Mit seinem Klagebegehren beantragt der Kläger die Zahlung von Taggeldern in der Höhe von Fr. 10'600.15. Mit der Zusprache von Taggeldern in der Höhe von Fr. 8'989.00 obsiegt er mit einem Anteil von rund 85 % und unterliegt zu rund 15 %. Die Beklagte obsiegt zu rund 15 % und unterliegt zu rund 85 %. Bei Verrechnung des Obsiegens von Kläger und Beklagten resultiert ein Obsiegen des Klägers in der Höhe von 70 %. Die Beklagte hat dem Kläger deshalb 70 % seiner Parteikosten zu ersetzen.

Ausgehend vom Streitwert von Fr. 10'600.15, im Hinblick auf die Bedeutung und Schwierigkeit des Falles und unter Berücksichtigung des mutmasslichen Aufwands des Rechtsvertreters des Klägers ist von einer Entschädigung im Umfang von Fr. 3'000.00 auszugehen (vgl. § 8a Abs. 1 lit. b Ziff. 1 i.V.m. § 8a Abs. 2 des Dekrets über die Entschädigung der Anwälte [Anwaltstarif, AnwT, SAR- 291.150]). 70 % davon entsprechen einer Parteienschädigung von Fr. 2'100.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), welche die Beklagte dem Kläger zu bezahlen hat.

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 8'989.00 zu bezahlen, zuzüglich 5 % Zins ab 10. Oktober 2016.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteienschädigung von Fr. 2'100.00 zu bezahlen.

---

Zustellung an  
den Kläger (Vertreter; 2-fach)  
die Beklagte  
die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

---

### **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten sowie interkantonalem Recht **innert 30 Tagen** seit der Zustellung mit **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten** beim **Bundesgericht**, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, angefochten werden. Bei Entscheiden über die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen in der Militär- oder Unfallversicherung kann auch jede unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt werden.

Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern sei, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 42 und 82 ff. BGG).

---

Aarau, 23. Februar 2017

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**