



I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig als
Einzelrichterin Gerichtsschreiberin Gohl Zschokke

Urteil vom 3. Oktober 2018

in Sachen

A.

Kläger

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter F. Siegen

gegen

X. Versicherungen

Beklagte

Sachverhalt:

1.

1.1 A., geboren 1959, war vom 1. November 2014 bis zum 31. März 2015 als Hilfskoch bei der Firma B. angestellt (Urk. 1 S. 6 und 11; vgl. Urk. 2/11 und 7/UVG1). Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er bei der X. Versicherungen nicht nur obligatorisch unfallversichert (vgl. Urk. 7/UVG1-31), sondern auch durch Kollektivvertrag gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert (Police-Nummer _____; vgl. Urk. 7 /KKV1). Mit dem letztgenannten Vertrag war ein Taggeld nach Ablauf einer Wartefrist von 30 Tagen je Versicherungsfall in der Höhe von 80% des versicherten Lohnes während einer Leistungsdauer von 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen vereinbart worden (Urk. 7/KKV1 S. 5).

1.2 Am 21. März 2015 stürzte der Versicherte bei der Arbeit auf die rechte Körperseite und machte unmittelbar darauf Beschwerden am rechten Knie, am rechten Ellenbogen und am Rücken geltend (Urk. 1 S. 7; vgl. Urk. 7/UVG1). Dr. med. C., Facharzt FMH für Dermatologie und Allergologie, bestätigte dem Versicherten vom 21. bis zum 29. März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/UVG2 und 7/UVG4). In einem Bericht vom 9. Mai 2015 hielt Dr. med. D., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, einen prolongierten Heilungsverlauf fest, bei dem unfallfremde Faktoren keine Rolle spielten. Es sei mit dem Wiedererlangen der 100%igen Arbeitsfähigkeit ab Mitte bis Ende Mai 2015 zu rechnen (Urk. 7/UVG6). Einem weiteren Bericht Dr. D. vom 4. Oktober 2015 zufolge klagte der Versicherte nach wie vor über Schmerzen im rechten Ellenbogen, manchmal zittere jetzt die Hand, weshalb man den Verdacht auf ein Parkinson-Syndrom abklären werde. Darüber hinaus sei das rechte Knie immer noch etwas geschwollen, nach Belastungen werde diese Schwellung stärker. Es gebe Compliance-Probleme und es wäre sicher sinnvoll, den Versicherten zur vertrauensärztlichen Untersuchung aufzubieten (Urk. 7/UVG10). Eine MRI-Untersuchung des rechten Knies am 8. Oktober 2015 habe degenerative Veränderungen ergeben (Urk. 7 /UVG11). Mit einem MRI des rechten Ellenbogens am 9. Oktober 2015 habe man keine fassbare Pathologie festgestellt, insbesondere keine Hinweise für eine Fraktur oder eine Epikondylitis radialis/ulnaris (Urk. 7/UVG12). Am 23. November 2015 vermerkte Dr. D., der Versicherte klagte über minime Schmerzen am Ellenbogen und über Knieschmerzen. Dr. D. vertrat die Ansicht, im Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren eine Rolle, da eine ausgeprägte Kniegelenksarthrose bestehe. Die vorhandenen Probleme seien nicht mehr hauptsächlich unfallbedingt. Ein dringendes Aufgebot zur Klärung der Unfallkausalität durch den Vertrauensarzt wäre sinnvoll (Urk. 7/UVG15).

- 1.3 In ihrer Funktion als zuständiger Unfallversicherer erbrachte die X. bis zum 30. November 2015 Taggeldleistungen (Urk. 1 S. 7 und 8, vgl. Urk. 2/1717). Anschliessend gab sie ein orthopädisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag (vgl. Urk. 7/UVG20-23), das die E. am 28. April 2016 erstattete (Urk. 2/6 = 7/KKV5 = 7/UVG24). Gestützt darauf stellte die X. die Unfallversicherungsleistungen mit Verfügung vom 15. Juli 2016 per 16. Mai 2015 ein, da die vom Versicherten geklagten Beschwerden spätestens seit diesem Zeitpunkt in keinem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis mehr stünden (Urk. 1 S. 7; vgl. Urk. 2/7 = 7/KKV7 = 7/UVG29).
- 1.4 Am 30. August 2016 liess der Versicherte bei der X. für die Zeit vom 1. Dezember 2015 bis Ende Juni 2016 Krankentaggeldversicherungsleistungen geltend machen (Urk. 7/KKV8; vgl. auch Urk. 6 S. 7). Diese lehnte darauf die Ausrichtung der geforderten Leistungen ab, da die Police per 1. April 2015 aufgehoben worden sei (Urk. 7/KKV9). In der Folge fand ein schriftlicher Austausch über die kontroversen Standpunkte statt (Urk. 7/KKV10, 7/KKV17, 7/KKV20 und 7/KKV21).
2. Der Versicherte erhob, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter F. Siegen, mit Eingabe vom 5. April 2017 (Urk. 1) Klage gegen die X. und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm für die Zeit vom 1. Dezember 2015 bis zum 14. Mai 2016 gestützt auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit Fr. 13'480.05 (= Fr. 162.41 x 166 Tage x 50%) zuzüglich 5 % Zins ab dem 30. August 2016 zu bezahlen. Eventualiter sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Fr. 13'480.05 zuzüglich 5 % Zins ab dem 24. März 2015 als Schadenersatz zu bezahlen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht wurde ein zweiter Schriftenwechsel beantragt (Urk. 1 S. 6). Mit Verfügung vom 10. April 2017 wurde der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Klageantwort angesetzt (Urk. 4). Diese wurde am 10. Mai 2017 erstattet mit dem Antrag, die Klage sei unter Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers abzuweisen (Urk. 6 S. 2). Mit Verfügung vom 15. Mai 2017 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und dem Kläger eine Frist von 30 Tagen zur Replik angesetzt (Urk. 8). Diese Frist wurde antragsgemäss bis zum 21. August 2017 erstreckt (vgl. Urk. 10 und 11). Die Replik wurde am 18. August 2017 erstattet und mit derselben das Eventualbegehren insofern geändert, als erst ab dem 30. August 2016 ein Zins von 5 % zu bezahlen sei; alles unter Entschädigungsfolgen zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten (Urk. 12, insbesondere S. 2, 20 und 21). Am 19. September 2017 reichte die Beklagte ihre

Duplik ein (Urk. 17). Davon wurde dem Kläger mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 18).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Die Einzelrichterin zieht in Erwägung:

1.

- 1.1 Der Kläger machte mit seiner Klage vom 5. April 2017 (Urk. 1) eine streitige Zivilsache rechtshängig, welche nach den Verfahrensvorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) im vereinfachten Verfahren gemäss Art. 243 ff. ZPO zu behandeln ist (Art. 1 lit. a, Art. 62 Abs. 1 und 243 Abs. 2 lit. f ZPO; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 und 3.1). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 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 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4).
- 1.2 Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Nach dem Willen des Gesetzgebers ist das Gericht im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO nur einer erhöhten Fragepflicht unterworfen (vgl. Art. 247 Abs. 1 ZPO). Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien selbst den Stoff beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zur Hilfe, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei durch einen Anwalt vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_702/2016 vom 23. März 2017 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 141 III 569 E. 2.3.1 bis 2.3.3 und die dortigen Verweise).
- 1.3 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).

2.

- 2.1 Die Firma B. und die Beklagte setzten den Beginn ihres Versicherungsvertragsverhältnisses auf den 17. August 2014 fest und erklärten die Besonderen Bedingungen (BB)-Überschussbeteiligung (Urk. 7/KKV1 S. 7), die Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung (AB), Ausgabe 2008 (vgl. Urk. 2/1 = 7/KKV1 S. 14 ff.) und die Zusatzbedingungen für die Krankentaggeld-Versicherung im Gastgewerbe (ZB), Ausgabe 2008 (Urk. 2/2 = 7/KKV1 S. 12 f.) als Bestandteile des Vertrages (Urk. 7/KKV1 S. 4 f.; vgl. auch Urk. 6 S. 2 f.).
- 2.2 Das Vertragsverhältnis betrifft eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen}, weshalb nebst den vertraglichen Bestimmungen auch diejenigen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) zu beachten sind (Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] in der bis zum 31. Dezember 2015 gültig gewesenen Fassung und Art. 2 Abs. 2 des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [KVAG]; vgl. auch Art. 1 Bst. c AB).
- 2.3 Versichert sind Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die einen Erwerbsausfall zur Folge hat (Art. 1 ZB). Krankheitsfall ist jede Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Er beginnt mit der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit (Art. 2 ZB).
- 2.4 Versichert sind diejenigen Personen, welche zu dem im Vertrag bezeichneten Personenkreis gehören, zum Arbeitgeber in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und das 70. Altersjahr noch nicht erreicht haben (Art. 6 Ziff. 1 AB).

Für die einzelnen versicherten Personen erlischt der Versicherungsschutz für sämtliche für sie versicherten Leistungen (Art. 8 Ziff. 1 AB):

- a) mit dem Erlöschen des Vertrages;
- b) mit deren Tod;
- c) bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- d) sobald die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist;
- e) mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
- f) mit Erreichen des 70. Altersjahres;
- g) für den Betriebsinhaber, die Ehegatten oder Partner gemäss Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft (PartG) und die übrigen Familienmitglieder des Betriebsinhabers im Sinne der AHV, sofern sie im versicherten Betrieb mitar-

beiten und der Betriebsinhaber für sie keine AHV-Beiträge abrechnet, bei Aufgabe oder Unterbruch derjenigen Tätigkeit, die bei Abschluss der Versicherung für die Beurteilung des Risikos massgebend war;

- h) mit Ablauf der Aufenthaltsbewilligung, welche zur Erwerbstätigkeit berechtigt;
- i) sobald die versicherte Person während mehr als 12 aufeinanderfolgenden Monaten ausserhalb Europas aufhält;
- j) mit der Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

- 2.5 Besteht in den Fällen gemäss Artikel 8 Anspruch auf Leistungen, erlischt dieser Anspruch mit Erlöschen des Versicherungsschutzes. Vorbehalten bleibt der Anspruch auf Nachleistung gemäss Ziffer 2 (Art. 9 Ziff. 1 AB).

Die Gesellschaft bezahlt das Taggeld (unter anderem) für versicherte Ereignisse, welche im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes eine Arbeitsunfähigkeit bewirken, wenn der Versicherungsschutz aus den in Artikel 8 Bst. a und c genannten Gründen erlischt und kein anderer Beendigungsgrund gemäss Artikel 8 Bst. b, d bis g und i vorliegt (Art. 9 Ziff. 2 Abs. 1 AB).

Nachleistungen werden bis zum Ablauf der im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25.6.1982), nur dann erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache und höchstens im bisherigen Grad ununterbrochen andauert (Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB).

- 2.6 Die versicherte Person hat gemäss Art. 17 Ziff. 1 AB das Recht, die Versicherung als Einzelversicherung zum Einzeltarif und zu den massgebenden Zusatzbedingungen weiterzuführen, wenn:

- a) der Versicherungsschutz aus den in Artikel 8, Ziffer 1, Bst. a, c oder j genannten Gründen erlischt und kein anderer Beendigungsgrund gemäss Artikel 8 Ziffer 1 vorliegt;
- b) im Zeitpunkt der Aufgabe oder des Unterbruches der Tätigkeit gemäss Artikel 8 Ziffer 1 Bst. g aufgrund eines versicherten Ereignisses eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes ist von der versicherten Person innert 90 Tagen nach seinem Entstehen schriftlich geltend zu machen, ansonsten es erlischt.

Für versicherte Personen, die unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis infolge der Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Artikel 8 Ziffer 1 Bst. c) als arbeitslos im Sinne von Artikel 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) gelten, ist das Recht innert 3 Monaten geltend zu machen ab dem Zeitpunkt, in dem sie über ihr Recht schriftlich aufgeklärt worden sind.

- 2.7 Der Versicherungsnehmer hat die ausscheidenden Personen spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens über die Möglichkeit der Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung und die Frist zur Geltendmachung spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens schriftlich zu informieren. Allfällige Rechtsansprüche, welche bei Nichtinformation geltend gemacht werden, hat die versicherte Person unter Vorbehalt zwingender gesetzlicher Bestimmungen gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend zu machen (Art. 17 Ziff. 2 Abs. 1 AB).

Hat der Versicherungsnehmer die versicherte Person nicht rechtzeitig schriftlich informiert oder kann er den entsprechenden Nachweis nicht erbringen, hat er die Gesellschaft schadlos zu halten, falls diese gegenüber der versicherten Person verpflichtet bleibt. Insbesondere schuldet er der Gesellschaft die entgangene Prämien Differenz (Art. 17 Ziff. 2 Abs. 2 AB).

3.

- 3.1 In erster Linie ist strittig und zu prüfen, ob der Kläger aufgrund des zwischen der Firma B. und der Beklagten geschlossenen Versicherungsvertrages Anspruch auf Taggeldleistungen vom 1. Dezember 2015 bis zum 14. Mai 2016 im Betrag von Fr. 13'480.05 (d.h. Fr. 162.41 x 166 x 50 %) zuzüglich eines Verzugszinses von 5 % ab dem 30. August 2016 hat (Urk. 1 S. 2 und 9 ff., 6 S. 2, 12 S. 2 und 17 S. 2). Die Beklagte wandte gegen den geltend gemachten Anspruch ein, die Versicherungsdeckung sei per 31. März 2015 weggefallen (Urk. 6 S. 4 f., 6 und 7; vgl. auch Urk. 2/11 S. 1).
- 3.2 Zu Recht wurde von keiner Seite in Frage gestellt, dass der Kläger bis zum 31. März 2015 zum Kreis der versicherten Personen gehörte. Es besteht auch Einigkeit darüber, dass die Firma B. das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger per 31. März 2015 und den Versicherungsvertrag mit dem Einverständnis der Beklagten per 1. April 2015 beendete (vgl. Urk. 1 S. 11, 6 S. 4 f. und 7, 12 S. 6 sowie 17 S. 3 und 5 f.), was in der Regel zum Erlöschen des Versicherungsschutzes führt (Art. 8 Ziff. 1 Bst. a und c AB).

- 3.3 Gemäss Art. 17 Ziff. 1 Bst. a AB hätte der Kläger - ohne das Erfüllen weiterer Voraussetzungen - über das Recht verfügt, die Versicherung als Einzelversicherung zum Einzeltarif und zu den massgebenden Zusatzbedingungen weiterzuführen. Dieses Recht hätte er innert 90 Tagen ab dem 31. März 2015 schriftlich geltend machen müssen, ansonsten es erlosch (Art. 17 Ziff. 1 Abs. 2 AB).

Der Kläger hat nie behauptet, er habe das ihm gemäss Art. 17 Ziff. 1 Bst. a AB zustehende Recht fristgemäss schriftlich geltend gemacht (vgl. insbesondere Urk. 1 S. 11). Es ist daher in Übereinstimmung mit der Beklagten davon auszugehen, es sei verwirkt (vgl. Urk. 2/ 11 S. 1).

- 3.4 Des Weiteren hätte der Kläger gemäss Art. 17 Ziff. 1 Abs. 3 AB das Recht, die Versicherung als Einzelversicherung zum Einzeltarif und zu den massgebenden Zusatzbedingungen weiterzuführen, innert 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem er über sein Recht schriftlich aufgeklärt worden ist, geltend machen können sofern er unmittelbar nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis infolge Beendigung des Arbeitsverhältnisses per 31. März 2015 als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG galt.

Es wurde zwischen den Parteien kontrovers diskutiert, ob die letztgenannte Voraussetzung erfüllt ist. Dabei war insbesondere strittig, ob der Kläger gemäss Art. 10 Abs. 3 AVIG erst dann als arbeitslos gilt, wenn er sich beim Arbeitsamt seines Wohnorts zur Arbeitsvermittlung gemeldet hat (vgl. Urk. 6 S. 7, 12 S. 16 sowie 17 S. 3 und 5 f.). Letzteres war gemäss der klägerischen Sachverhaltsdarstellung erst am 1. Juli 2016 der Fall (vgl. Urk. 1 S. 8 und 11 mit Hinweis auf Urk. 2/13). Ob sich der Kläger bereits früher zur Arbeitsvermittlung hätte melden sollen, kann offenbleiben, da er geltend macht, er sei nie über das ihm zustehende Übertrittsrecht informiert worden (Urk. 1 S. 12 sowie 12 S. 4 f., 15 und 19), was in der Folge unbestritten blieb (vgl. Urk. 6 und 17). Bei dieser Sachverhaltskonstellation ist Art. 17 Ziff. 2 Abs. 1 AB beachtlich. Demnach hat der Versicherungsnehmer die ausscheidenden Personen spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens über die Möglichkeit der Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung und die Frist zur Geltendmachung spätestens per Erlöschen des Vertrages bzw. im Zeitpunkt des Ausscheidens schriftlich zu informieren. Allfällige Rechtsansprüche, welche bei Nichtinformation geltend gemacht werden, hat die versicherte Person unter Vorbehalt zwingender gesetzlicher Bestimmungen gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend zu machen.

Zwar hat der Kläger insoweit richtig erkannt, dass gemäss Art. 100 Abs. 2 VVG für Versicherungsnehmer und Versicherte, die nach Art. 10 AVIG als arbeitslos gelten, Art. 71 Absätze 1 und 2 und Art. 73 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sinngemäss anwendbar sind (Urk. 1 S. 12 und 12 S. 16). Nach Art. 71 Abs. 2 KVG hat der Versicherer dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen (vgl. Urk. 1 S. 12 und 12 S. 16, je mit Hinweis auf Art. 100 Abs. 2 VVG i.V.m. Art. 71 [Abs. 2] KVG). Bei der vom Kläger angeführten Gesetzesbestimmung handelt es sich indessen um keine Vorschrift, die durch Vertragsabrede nicht oder nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten geändert werden darf (vgl. Art. 97 und 98 VVG). Die anderslautende Regelung gemäss Art. 17 Ziff. 2 Abs. 1 AB geht somit derjenigen gemäss Art. 100 Abs. 2 VVG vor. Die Beklagte war somit - entgegen der Behauptung des Klägers (Urk. 1 S. 12 sowie 12 S. 5 und 16) - nicht dazu verpflichtet, ihn über sein Übertrittsrecht zu informieren. Dies gilt ungeachtet dessen, ob die Arbeitgeberin des Klägers als Versicherungsnehmerin überhaupt noch dazu in der Lage war, ihre Informationspflicht zu erfüllen, weil sie vor der Betriebsaufgabe bzw. dem Konkurs stand (vgl. Urk. 1 S. 12 und 12 S. 5). Als Zwischenergebnis ist daher festzuhalten, dass sich der Kläger nicht mit Erfolg auf einen Verbleib in der Kollektivversicherung berufen kann (vgl. Urk. 12 S. 17). Der Versicherungsschutz endete daher per 31. März 2015 (vgl. auch Urk. 2/11 S. 1).

- 3.5 Es bleibt zu prüfen, ob der Kläger über einen Anspruch auf Nachleistung im Sinne von Art. 9 Ziff. 2 AB verfügt, insbesondere ob er im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes wegen einer Krankheit arbeitsunfähig war (Urk. 12 S. 8 f. und 11 sowie 17 S. 4 f.; vgl. auch Urk. 2/11 S. 1).

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass bis zum Unfall vom 21. März 2015 keine Arbeitsunfähigkeit bestand (Urk. 1 S. 4, 5 und 7, 6 S. 4, 12 S. 7 und 17 S. 4). Der Kläger macht jedoch geltend, vor dem Unfallereignis habe es bereits degenerative Veränderungen gegeben. Diese seien durch den Unfall, das heisst durch den Sturz erst manifest und durch diesen verstärkt worden (Urk. 1 S. 7). Im Zusammenwirken mit dem Unfallereignis hätten diese krankhaften Zustände zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt (Urk. 1 S. 11). Das Unfallereignis sei letztlich nur der Anlass, nicht aber die tiefere Ursache des Gesundheitsschadens gewesen, richtig betrachtet sei es lediglich eine Teilursache eines aus UVG-Sicht vorübergehenden Gesundheitsschadens gewesen (Urk. 12 S. 7). Die Arbeitsunfähigkeit habe

schon Ende März 2015, also noch während der Dauer des Arbeits- und Versicherungsvertragsverhältnisses, zumindest teilweise auf einem degenerativen krankheitsbedingten Gesundheitsschaden beruht (Urk. 12 S. 8 f. mit Hinweis auf Urk. 2/6). Selbst wenn der Kläger im März 2015 noch nicht den Status quo sine erreicht haben sollte, wäre die Beklagte leistungspflichtig, denn letztlich habe sich das versicherte Risiko (Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit Erwerbsausfall) bereits manifestiert, auch wenn es vorübergehend von einem Unfall überlagert worden sei (Urk. 12 S. 11).

Demgegenüber bezeichnete die Beklagte die Behauptung, der zur Diskussion stehende krankheitsbedingte Gesundheitsschaden habe schon während der Dauer des Arbeitsverhältnisses zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt, als haltlos (Urk. 6 S. 4 und 5). Der Versicherungsfall sei erst am 1. Dezember 2015 eingetreten, da zuvor die vom Kläger geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden versicherungstechnisch bis zur effektiven Leistungseinstellung per 30. November 2015 als Unfallfolgen gölten (Urk. 6 S. 4 sowie 17 S. 3 und 4). Der Krankheitsfall wäre selbst dann nicht gedeckt, wenn er auf den frühest möglichen Zeitpunkt vom 17. Mai 2015 gemäss der Erkenntnis des Gutachtens der E. vom 28. April 2016 vorverlegt würde (Urk. 17 S. 4 f.).

Der Erstbehandler Dr. C. diagnostizierte Prellungen und Distorsionen am rechten Ellenbogen, am rechten Knie sowie an der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule. Er hielt fest, es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor, und attestierte vom 21. bis zum 29. März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Einen weiteren Termin mit dem Versicherten habe er nicht vereinbart, da er davon ausgehe, dass dieser anschliessend wieder arbeitsfähig sein werde (Urk. 7/UVG2 und 7/UVG4). Dr. D. stellte seinem Bericht vom 9. Mai 2015 zufolge dieselben Diagnosen und vermerkte, im prolongierten Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren keine Rolle; es sei mit der Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab Mitte bis Ende Mai 2015 zu rechnen (Urk. 7/UVG6). Erst im November 2015 wurde nebst der Ellenbogen- und Knieprellung neu eine degenerative Kniegelenksproblematik als (Mit-)Ursache für die vom Versicherten geklagten Beschwerden thematisiert (Urk. 7/UVG15). Dr. med. F., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, hielt in seinem Bericht vom 25. Januar 2016 fest, beim Heilungsverlauf spielten unfallfremde Faktoren eine deutliche, wenn nicht sogar mittlerweile vielleicht überwiegende Rolle (Urk. 2/10 S. 1), wobei auch gewisse Inkongruenzen im Verhalten des Patienten festzustellen seien (Urk. 2/10 S. 2). Am 28. März 2017 bestätigte Dr. F., aus seiner Sicht als behandelnder Hausarzt und aus der Sicht des damals beigezogenen Chirurgen Dr. G. habe aufgrund des Unfalls vom 21. März 2015 bis einschliesslich 13. Mai 2016 eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 2/8). Eine (zumindest teilweise) krankheitsbedingte beziehungsweise durch degenerative Veränderungen verursachte Arbeitsunfähigkeit für den hier interessierenden 31. März 2015 wurde folglich nie attestiert.

Im Gutachten der E. vom 28. April 2016 wurden eine leichtgradige ulnare Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenks und eine leichtgradige femoropatellare Chondromalazie des rechten Kniegelenks, Genu valgum rechts, als Diagnosen festgehalten (Urk. 2/6 S. 14 und 17). Es wurde zwar ausgeführt, es hätten wahrscheinlich bereits vor dem Unfall vom 21. März 2015 degenerative Kniegelenksveränderungen vorgelegen; der Explorand habe diesbezüglich eine Vorbehandlung verneint (Urk. 2/6 S. 18). Wie die Beklagte zutreffend erkannte, lässt sich aus dem Vorliegen degenerativer Veränderungen allein indessen nichts zu Gunsten des Klägers ableiten (vgl. Urk. 17 S. 4). Vielmehr ist entscheidend, ob aufgrund dieser degenerativen Veränderungen Ende März 2015 eine (zumindest teilweise) Arbeitsunfähigkeit vorhanden war. Den gutachterlichen Ausführungen lässt sich nicht entnehmen, dass dies - zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit - der Fall war (vgl. Urk. 2/6). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass die Gutachter eine namhafte unfallkausale Verschlimmerung für das Kniegelenk als nicht wahrscheinlich betrachteten, da neben den degenerativen Alterationen keine zusätzlichen Verletzungen belegt worden seien (Urk. 12 S. 8 mit Hinweis auf Urk. 2/6, insbesondere S. 19).

Zu Recht wurde nie behauptet, die im Gutachten der E. vom 28. April 2016 diagnostizierte leichtgradige ulnare Epicondylopathie des rechten Ellenbogens, ohne namhafte Beeinträchtigung der Funktionalität oder Belastbarkeit (Urk. 2/6 S. 14), habe am 31. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit verursacht (vgl. Urk. 1 und 12).

Es erscheint somit nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass Ende März 2015 eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bestand. An diesem Ergebnis vermöchte weder die vom Kläger offerierte Parteibefragung (Urk. 1 S. 5) noch das - für den Fall, dass eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit von Ende November 2015 bis Mitte Mai 2016 bestritten werden sollte (Urk. 1 S. 10) - beantragte Gerichtsgutachten etwas zu ändern, weshalb darauf zu verzichten ist. Es mangelt somit an einer wesentlichen Voraussetzung für einen Nachleistungsanspruch, weshalb ein solcher zu verneinen ist. Auf die divergierenden Ausführungen der Parteien bezüglich der Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2015 bis zum 14. Mai 2016 und der allenfalls verspäteten Krankmeldung ist unter diesen Umständen nicht näher einzugehen.

4.

4.1 Es bleibt das Eventualbegehren zu prüfen, ob die Beklagte dem Kläger Fr. 13'480.05 zuzüglich 5 % Zins ab dem 30. August 2016 als Schadenersatz für eine Pflichtverletzung im Zusammenhang mit dem Kollektivversicherungsvertrag zu bezahlen hat (Urk. 1 S. 2 und 12, 6 S. 2, 12 S. 2, 4 f. und 17, 16 S. 2 und 17 f. sowie 17 S. 2 und 6).

4.2 Zur Begründung des vertraglichen Schadenersatzanspruches wird angeführt, die Beklagte habe ihre Informationspflicht verletzt (Urk. 1 S. 12). Die Beklagte war indessen - wie bereits dargelegt - weder aufgrund der vereinbarten AB noch aufgrund des hier nicht anwendbaren Art. 100 Abs. 2 VVG in Verbindung mit Art. 71 KVG dazu verpflichtet, den Kläger über sein Übertrittsrecht zu informieren. Es mag zutreffen, dass die Firma B. als Arbeitgeberin des Klägers und als Versicherungsnehmerin des Kollektivversicherungsvertrages ihre Informationspflicht verletzte und deshalb schadenersatzpflichtig wurde (Urk. 1 S. 12; vgl. auch Art. 17 Ziff. 2 Abs. 1 AB). Entgegen der offenbar vom Kläger vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 12 und 17), führt die zur Diskussion stehende Informationspflichtverletzung bezüglich des Übertrittsrechts - mangels einer zwingenden anderweitigen gesetzlichen Regelung (vgl. Art. 17 Ziff. 2 Abs. 1 AB) - jedoch zu keiner Schadenersatzpflicht der Beklagten (vgl. auch Urk. 6 S. 7 und 17 S.6).

Schliesslich stellt sich aufgrund der klägerischen Ausführungen die Frage, ob der Beklagten im Zusammenhang mit Art. 3 Abs. 3 VVG eine Pflichtverletzung vorzuwerfen ist, weswegen man sie als dem Kläger gegenüber schadenersatzpflichtig beurteilen müsste (vgl. Urk. 12 S. 4 f., 6 und 12 ff.). Die fragliche Bestimmung sieht vor, dass bei Kollektivverträgen, die anderen Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung zu unterrichten. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer die zur Information erforderlichen Unterlagen zur Verfügung (Art. 3 Abs. 3 VVG). Diese Regelung entspricht exakt Art. 6 Ziff. 3 AB (vgl. auch Urk. 6 S. 6).

Hierzu machte die Beklagte geltend, sie habe der Firma B. am 21. August 2014 sämtliche relevanten Unterlagen, darunter auch das Merkblatt betreffend Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung mit einem entsprechenden Antragsformular, per Post zugestellt (Urk. 6 S. 3 f. und 6 sowie 17 S. 6; vgl. auch Urk. 7/KKV1). Dies blieb unbestritten (vgl. Urk. 12, ins-

besondere S. 4). Die Beklagte ist somit der ihr obliegenden Verpflichtung nachgekommen (vgl. auch Urk. 17 S. 6). Daran vermögen auch die klägerischen Ausführungen nichts zu ändern, die Firma B. sei erkennbar vor dem Konkurs gestanden, weshalb die Beklagte dieser die bereits gelieferten Dokumente nochmals zur Verfügung hätte stellen oder sich zumindest nach dem Vorhandensein dieser Unterlagen hätte erkundigen müssen (Urk. 12 S. 4 f., 6, 13 und 15 mit Hinweis auf Urk. 7 /KKV3). In dieser Hinsicht war die Beklagte zu nichts verpflichtet (vgl. auch Urk. 17 S. 4), ebenso wenig war sie dazu gehalten, wie vom Kläger gefordert (Urk. 12 S. 15), anstelle der Firma B. den Kläger über sein Übertrittsrecht zu informieren.

5. Aus dem Gesagten folgt, dass die Beklagte dem Kläger weder Taggeldleistungen für die Zeit vom 1. Dezember 2015 bis zum 14. Mai 2016 noch Schadenersatz schuldet. Dementsprechend hat sie ihm für die betreffenden Forderungen auch keine Verzugszinsen zu bezahlen (vgl. auch Urk. 6 S. 8). Dies führt zur Klageabweisung.
6. Das Verfahren ist kostenlos, da es eine Streitigkeit aus einer Krankentaggeldversicherung betrifft, welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; KVG) zu subsumieren ist (vgl. Art. 114 lit. e ZPO i.V.m. § 33 Abs. 1 GSVGer und das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 142 V 448 E. 4.1). Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen obsiegenden Beklagten steht praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4).

Die Einzelrichterin erkennt:

- 1 Die Klage wird abgewiesen.
- 2 Das Verfahren ist kostenlos.
- 3 Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Peter F. Siegen
 - X. Versicherungen
 - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

4. 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

Die Einzelrichterin

Die Gerichtsschreiberin