

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich	
--	--

KK.2017.00022

I. Kammer
Sozialversicherungsrichterin Grünig, Vorsitzende
Sozialversicherungsrichter Spitz
Ersatzrichter Wilhelm
Gerichtsschreiberin Gohl Zschokke
Urteil vom 27. Dezember 2018
in Sachen
X.____

Kläger

vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas
Advokatur Glavas AG
Markusstrasse 10, 8006 Zürich

gegen

Basler Versicherung AG
Hauptsitz
Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
Beklagte

Sachverhalt:

1.

1.1 X.____, geboren 1957, war vom 1. Januar 2015 bis zum 30. August 2016 als Taxifahrer bei der Y.____ GmbH angestellt (Urk. 1 S. 3 und 4; vgl. Urk. 2/3 und 2/8 S. 4). Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er bei der Basler Versicherung AG durch Kollektivvertrag gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert (Police-Nummer 80/9.887.568-1; vgl. Urk. 8/8-11). Mit dem letztgenannten Vertrag war ein Taggeld nach Ablauf einer Wartefrist von 7 Tagen je Versicherungsfall in der Höhe von 80 % des AHV-pflichtigen Lohnes während einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen vereinbart worden (Urk. 8/10 und 8/14).

1.2 Dr. med. Z.____ attestierte dem Versicherten mit ärztlichem Zeugnis vom 28. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 27. Januar bis zum 1. Februar 2016 wegen Krankheit (Urk. 1 S. 3; vgl. Urk. 2/4).

In einem Bericht vom 21. April 2016 hielt Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Versicherte sei seit dem 22. Februar 2016 in ihrer Behandlung. Er habe angegeben, an innerer Unruhe, Angespanntheit, Herzrasen, einem Druck im Brustbereich, Erstickungsgefühlen, Todesangst und Schlaflosigkeit zu leiden. Sie habe eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert. Aktuell weise der Versicherte eine Angst- und Panik-Symptomatik sowie eine depressive Symptomatik in Form von Verzweiflung, Misstrauen, Angespanntheit, Stimmungsinstabilität, verminderter Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Schlaflosigkeit auf. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 3; vgl. Urk. 2/6 S. 2-3 = 8/28-29).

Am 20. Mai 2016 vertrat Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädie und beratender Arzt der Basler Versicherung AG, die Auffassung, der Versicherte sei trotz seiner Lendenwirbelsäulen- und Hüftprobleme in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Bezüglich der Hand habe der Versicherte zwei Monate nach dem operativen Eingriff vom 3. Februar 2016 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht (Urk. 1 S. 4; vgl. Urk. 2/7).

Die Basler Versicherung AG gab am 22. Juni 2016 bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches er am 16. August 2016 erstattete (Urk. 1 S. 4 und 7 S. 5; vgl. Urk. 2/8 = 8/30-39). Darin wurden eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und eine generalisierte Angststörung (ICD10: F41.1) als Diagnosen mit Auswirkung aufgeführt (Urk. 2/8 S. 6). Seit dem 27. Januar 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 2/8 S. 7).

1.3 Die Basler Versicherung AG erbrachte vom 3. bis zum 12. Februar und vom 22. Februar bis zum 31. August 2016 Taggeldleistungen, anschliessend stellte sie ihre Zahlungen ein (Urk. 1 S. 2; vgl. Urk. 2/5, 2/9 und 2/11). Am 6. Oktober 2016 bestätigte Dr. A.____, der Versicherte sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 4; vgl. Urk. 2/10). Mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 liess der Versicherte bei der Basler Versicherung AG die Weiterausrichtung der Taggeldzahlungen geltend machen (Urk. 1 S. 4; vgl. Urk. 2/9). Diese lehnte darauf mit Schreiben vom 15. November 2016 die Ausrichtung der geforderten Leistungen ab, da die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. September 2016 mit einem psychischen Krankheitsbild begründet werde und der Versicherte diesbezüglich eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung begangen habe (Urk. 1 S. 5; vgl. Urk. 2/11). Dazu nahm der Rechtsvertreter des Versicherten am 24. Januar 2017 schriftlich Stellung (Urk. 2/15) und sandte mit E-Mail vom 10. Februar 2017 (Urk. 2/17) ein Schreiben

von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und E.____, Psychologin FSP, von der F.____, ambulante ärztliche Einrichtung für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Dezember 2016 (Urk. 2/16) an die Basler Versicherung AG, worauf sich diese nicht mehr zu ihrer Leistungspflicht äusserte (Urk. 1 S. 3 und 5 f.; vgl. Urk. 2/18 und 2/20).

2. Der Versicherte erhob, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, mit Eingabe vom 10. Mai 2017 (Urk. 1) Klage gegen die Basler Versicherung AG und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm im Sinne einer Teilklage für die Zeit vom 1. September 2016 bis zum 30. April 2017 Fr. 27'295.20 zuzüglich 5 % Zins ab den jeweiligen Fälligkeiten zu bezahlen. Für die übrigen noch nicht fälligen Krankentaggelder sei ein mindestens zweijähriger Nachklagevorbehalt anzubringen. Eventualiter sei eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben, worauf die Beklagte zu verpflichten sei, dem Kläger die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit mit Fr. 153.40 (Ansatz bei 100 %) pro Kalendertag zu vergüten. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich 8 % MwSt) zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2). Mit Verfügung vom 15. Mai 2017 wurde der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Klageantwort angesetzt (Urk. 4). Diese Frist wurde antragsgemäss bis zum 16. August 2017 erstreckt (Urk. 6). Am 16. August 2017 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers (Urk. 7 S. 1). Mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und dem Kläger eine Frist von 30 Tagen zur Replik angesetzt (Urk. 9). Die Replik wurde am 18. August 2017 erstattet (Urk. 11). Am 30. Januar 2018 reichte die Beklagte ihre Duplik ein (Urk. 15). Davon wurde dem Kläger mit Verfügung vom 31. Januar 2018 Kenntnis gegeben (Urk. 17).

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Der Kläger machte mit seiner Klage vom 10. Mai 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).

2.

2.1 Die Y.____ GmbH und die Beklagte setzten den Beginn ihres Versicherungsvertragsverhältnisses auf den 15. Januar 2015 fest und erklärten die allgemeinen Vertragsbedingungen, Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, Produktinformation und Vertragsbedingungen, Ausgabe 2011 (im Folgenden: AVB; Urk. 2/2 = 16/15-22; vgl. auch Urk. 8/15-22) als Bestandteil des Vertrages (Urk. 1 S. 2 und 7 S. 2; vgl. Urk. 8/9).

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 gültigen 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 Ziff. G1 AVB).

2.3 Bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit von mind. 25 % zahlt die Versicherung das vereinbarte Krankentaggeld (ganze oder Teil-Taggelder) max. für 730 Tage bis zum Einsetzen der Leistungen der beruflichen Vorsorge (2. Säule), abzüglich der vereinbarten Wartefrist, proportional zum Grad der Erwerbsunfähigkeit aus (vgl. Ziff. 3 Abs. 4 und D2 ff. AVB).

2.4 Versichert sind die im Versicherungsvertrag bezeichneten Arbeitnehmer (vgl. Ziff. D1 AVB).

2.5 Der Versicherungsvertrag endet durch Kündigung sowie aus den von Gesetz oder Vertrag vorgesehenen Gründen.

Unter anderem kann der Versicherer wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 4 Wochen ab Kenntnis der Verletzung eine Kündigung aussprechen, die schriftlich erfolgen muss. Als Erlöschenszeitpunkt gilt der Zugang der Kündigung.

Beim Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen erlöscht der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt (vgl. zum Ganzen Ziff. 13 und G3 AVB).

2.6 Die der versicherten Person allfällig gestellten Gesundheitsfragen müssen wahrheitsgetreu sowie vollständig beantwortet werden (vorvertragliche Anzeigepflicht; Ziff. 11 Abs. 1 AVB).

Verletzt die versicherte Person, welche nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, die oben erwähnte Pflicht, so treffen die Rechtsfolgen der Pflichtverletzung (Kündigung, Leistungskürzung oder -verweigerung) nur diese Person (Ziff. 11 Abs. 4 AVB).

Die Leistungspflicht der Versicherung erlischt für bereits eingetretene Leistungsfälle, deren Eintritt oder Umfang (vgl. Ziff. G8):

- Durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist
- Auf ein Risiko zurückzuführen ist, über das sich die Versicherung als Folge der Anzeigepflichtverletzung kein verlässliches Bild machen konnte.

2.7 Art. 6 VVG darf nicht durch Vertragsabreden zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten abgeändert werden (Art. 98 Abs. 1 VVG). Diese Bestimmung lautet wie folgt:

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit dem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Abs. 1).

Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Abs. 2).

Wird der Vertrag durch Kündigung nach Absatz 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung (Abs. 3).

3.

3.1 Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beklagte dem Kläger vom 1. September 2016 bis zum 30. April 2017 Krankentaggelder ausrichten muss. In diesem Zusammenhang wurde zwischen den Parteien insbesondere kontrovers diskutiert, ob die Leistungsverweigerung der Beklagten aufgrund einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung des Klägers rechtmässig ist (Urk. 1 S. 2 f. und 7 S. 5).

3.2 Die vorvertragliche Anzeigepflicht weist keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich auf die Angabe jener Gefahrentatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; diese werden als erheblich vermutet (vgl. Art. 4 Abs. 3 VVG). Ohne entsprechende Fragen ist daher niemand dazu verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 136 III 334 E. 2.3, 134 III 511 E. 3.3.2 und 116 II 338 E. 1a, je mit Hinweisen). Bei sehr umfassend und weit formulierten bzw. offengehaltenen Fragen, in denen nicht näher spezifizierte Begriffe verwendet werden, ist eine Anzeigepflichtverletzung nur restriktiv anzunehmen. Dies gilt umso mehr, wenn der Versicherer im Anschluss an solche Fragen nicht genügend Raum in Form von Leerzeilen zur Verfügung stellt, um allfällige Zweifel oder Erläuterungen zur Antwort anzubringen (vgl. BGE 134 III 511 E. 5.2.1).

3.3 Der Kläger unterzeichnete die von der Beklagten geforderte Gesundheitserklärung am 15. Januar 2015 (Urk. 1 S. 5 und 7 S. 2; vgl. Urk. 2/13 = 8/23-27). In derselben verneinte er das Bestehen von Gesundheitsstörungen, Anomalien, Geburtsgebrechen, Folgen eines Unfalls und/oder einer Krankheit (Urk. 2/13 S. 2). Die Frage 8: "Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Unfälle, Beschwerden, Gesundheitsstörungen, Anomalien oder Gebrechen, die zu einer A) Untersuchung, B) Beratung, C) Behandlung oder D) Kontrolle bei einem Arzt, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen, einer Person für traditionelle chinesische Medizin oder anderen medizinisch geschulten Personen geführt haben?" beantwortete er mit "nein" (Urk. 1 S. 5 und 7 S. 2; vgl. Urk. 2/13 S. 3). Soweit der Kläger diese Frage beantwortete (Urk. 1 S. 7 f.), ist festzuhalten, dass sie klar, verständlich und unzweideutig formuliert war. Sie erstreckte sich auf einen überschaubaren Zeithorizont und die erfragten Tatsachen waren für die Abschätzung des zu versichernden Risikos bedeutsam. Ebenso stand genügend Raum in Form von Leerzeilen für eine ausführliche Fragenbeantwortung zur Verfügung. Darüber hinaus wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, bei Platzmangel seien weitere Angaben auf der Rückseite anzubringen (Urk. 2/13 S. 3).

3.4 Zu Recht wurde von keiner der Parteien in Abrede gestellt, dass aufgrund der Fragestellung in der Gesundheitserklärung der Zeitraum vom 15. Januar 2010 bis zum 15. Januar 2015 massgeblich ist (vgl. Urk. 1 und 7 S. 2).

Die Beklagte machte im Wesentlichen geltend, der Kläger habe sich während dieser Periode, namentlich vom 15. Juli bis zum 24. September 2010 wegen Schlafstörungen, Gereiztheit, sozialem Rückzug und Rückenschmerzen behandeln, zumindest aber beraten oder ärztlich kontrollieren lassen (Urk. 7 S. 2 und 15 S. 2). Es sei ihm damals auch Deanxit ärztlich verschrieben worden (Urk. 15 S. 2 und 3 mit Hinweis auf Urk. 16/46). Seine Gesundheitsprobleme seien schon seit langem vorbestehend (Urk. 7 S. 4). Bereits die vorläufige Beurteilung im Jahr 2010 habe Anpassungsstörungen betroffen (Urk. 7 S. 5). Die Informationen, welche der Kläger weggelassen habe, stünden exakt im Zusammenhang mit seiner späteren Arbeitsunfähigkeit. Mit anderen Worten liege hier ein Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und den nicht deklarierten psychischen und sogar auch physischen Störungen vor (Urk. 7 S. 5). Wenn die Beklagte im Zeitpunkt des Vertragsschlusses den wirklichen Zustand des Klägers gekannt hätte, hätte sie den Vertrag nicht beziehungsweise nicht zu diesen Bedingungen abgeschlossen (Urk. 7 S. 5).

Demgegenüber brachte der Kläger vor, er habe im Jahr 2010 an keiner die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Störung gelitten. Er habe bloss zwei Vorabklärungsgespräche mit einer Psychologin geführt, anlässlich welchen er gemerkt habe, dass er gar keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung benötige (Urk. 1 S. 2, 5 und 8; vgl. auch Urk. 11 S. 2 und 4). Da weder eine Untersuchung noch eine Behandlung oder Beratung erfolgt sei, habe er diese beiden Konsultationen vergessen und sich auch nicht daran erinnern müssen (Urk. 1 S. 5 und 7 f.; vgl. auch Urk. 11 S. 2 und 5). Die Beklagte hätte den Kläger überdies auch versichert, wenn sie von den Vorabklärungsgesprächen im Jahr 2010 Kenntnis gehabt hätte, da sie nachvollzogen hätte, dass er beinahe fünf Jahre vollumfänglich arbeitstätig gewesen sei (Urk. 11 S. 5).

3.5 Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin E. ____, teilten der Beklagten mit Schreiben vom 18. Oktober 2016 ihre Beurteilung und ihre Erfahrungen aus dem bisherigen Behandlungsverlauf mit. Es habe keine Diagnose im engeren Sinne gestellt werden können, zumal der Kläger von fünf geplanten lediglich zwei Termine wahrgenommen habe. Die vorläufige Beurteilung bei der letzten Konsultation am 5. August 2010 habe auf "Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10: F43.23) und nichtorganische Insomnie (ICD-10: F.51)" gelaute (Urk. 2/12 = 8/40).

Der Rechtsvertreter des Klägers forderte bei Dr. G. ____, die Krankengeschichte seines Mandanten an, worauf sich Dr. G. ____, nicht verlauten liess (Urk. 1 S. 5; vgl. Urk. 2/14). Stattdessen äusserten sich Dr. D. ____, der Nachfolger von

Dr. G.____ bei F.____, und die Psychologin E.____ in einem Schreiben vom 7. Dezember 2016 (Urk. 2/16). Darin wurden eine Behandlungsaufnahme am 15. Juli und ein Behandlungsabschluss am 24. September 2010 (im Rahmen wiederholt nicht eingehaltener vereinbarter Behandlungstermine) aufgeführt. Behandlungsanlass seien Schlafstörungen, Gereiztheit, sozialer Rückzug und Rückenschmerzen gewesen (Urk. 2/16 S. 1). Als Medikation sei Deanxit verordnet worden. Der Kläger habe berichtet, dass er seit dem 5. August 2010 besser schlafen könne. Die Nervosität sei immer noch vorhanden, seinen Ausführungen entsprechend sogar in einem grösseren Ausmass (Urk. 2/16 S. 2).

Da der Kläger von den fünf vereinbarten Behandlungsterminen lediglich zwei Sitzungen wahrgenommen habe, könne nicht von einer psychiatrischen beziehungsweise psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne gesprochen werden (Urk. 2/16 S. 2).

3.6 Dem Schreiben von Dr. G.____ und der Psychologin E.____ vom 18. Oktober 2016 lässt sich nicht entnehmen, es seien lediglich Vorabklärungsgespräche mit dem Kläger geführt worden. Vielmehr wird darin – im Widerspruch zur klägerischen Sachverhaltsdarstellung (Urk. 1 S. 7) – von einem "Behandlungsverlauf" gesprochen. Aus dem Umstand, dass der Kläger bloss zwei von fünf geplanten Terminen wahrgenommen hatte, lässt sich nicht ableiten, diese hätten weder eine Behandlung noch eine Untersuchung bezweckt. Dies muss umso mehr gelten, als zumindest im Rahmen einer vorläufigen Einschätzung psychische Leiden diagnostiziert worden waren. Dass dieselben die Arbeitsfähigkeit des Klägers damals noch nicht einschränkten (vgl. Urk. 1 S. 2), spielte keine Rolle, insbesondere nicht für die Beantwortung der Frage 8 der Beklagten.

Auch im Schreiben von Dr. D.____ und der Psychologin E.____ vom 7. Dezember 2016 war wiederholt von einer Behandlung die Rede (Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss, Behandlungsanlass, Behandlungstermine). Es wurde lediglich eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne verneint, da bloss zwei Sitzungen wahrgenommen worden seien. Dafür wurde die medikamentöse Behandlung mit Deanxit bestätigt.

Vor diesem Hintergrund erkannte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zwar zutreffend, eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne habe nicht stattgefunden. Die vom Kläger damals beschriebene Symptomatik (Schlafstörungen, Gereiztheit) sei so unspezifisch, dass von einem medizinischen Laien nicht unbedingt erwartet werden könne, das Vorliegen einer (krankheitswertigen, behandlungsbedürftigen) Störung anzunehmen (Urk. 8/45). Aus diesen Ausführungen kann der Kläger indessen entgegen der von ihm vertretenen Ansicht (Urk. 11 S. 3, 4 und 5) nichts zu seinen Gunsten ableiten. Sie ändern nichts daran, dass er wie er selbst sehr wohl wusste wegen seiner damaligen Beschwerden einen Psychiater bzw. eine Psychologin aufgesucht hatte, wo er - für eine vorläufige Einschätzung - untersucht wurde und eine Behandlung in Form von zwei Gesprächen und einer Medikation mit Deanxit in Anspruch nahm. Eine delegierte psychotherapeutische Behandlung im fraglichen Zeitraum wurde denn auch von seiner damaligen Krankenkasse Assura-Basis SA bestätigt, welche dafür Versicherungsleistungen erbracht hatte (Urk. 15 S. 4; vgl. Urk. 16/51). Der Kläger hätte daher die Frage 8, welche sich nicht auf allfällige psychotherapeutische Behandlungen im engeren Sinne beschränkte (Urk. 2/13 S. 3), nicht in guten Treuen mit "nein" beantworten dürfen (vgl. auch Urk. 15 S. 4 und 7). Indem er dies dennoch tat, beging er eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung, da er erhebliche Gefahrstatsachen verschwieg, die er kannte oder zumindest kennen musste.

3.7 Dem Gutachten von C.____ vom 16. August 2016 ist sodann zu entnehmen, dass der Kläger anlässlich der Untersuchung vom 9. August 2016 schilderte, vor sechs Jahren seien psychische Probleme aufgetreten, als er abends während der Arbeit überfallen worden sei. Er habe einen Mann und eine Frau in seinem Taxi transportiert. Als er bemerkt habe, dass die Frau aus seiner Brieftasche Geld entwendet habe, sei er ihr nachgerannt und habe sie angehalten. Dabei sei er aber von ihrem Begleiter von hinten mit einem Messer attackiert worden. Er habe versucht auszuweichen, sei aber an der rechten Hand mit dem Messer verletzt worden. Anschliessend sei das Paar davongerannt. Nach dem Vorfall habe er wieder gearbeitet, aber er sei zunehmend misstrauisch geworden. Während eineinhalb bis zwei Jahren habe er nachts immer gezittert, wenn jemand ins Taxi eingestiegen sei. Aus Angst, die Stelle zu verlieren, habe er jedoch weitergearbeitet. Seine Familie habe aber gemerkt, dass er sich gereizter und aggressiver verhalten habe (Urk. 2/8 S. 4).

Dies steht im Einklang mit den Angaben in den Berichten von Dr. A.____ vom 20. April und vom 6. Oktober 2016. Demnach habe der Kläger ihr gegenüber erklärt, er habe schwere Trauma als Taxifahrer erlebt. Einmal sei er beraubt, mit einem Messer bedroht und verletzt worden, wovon er sich nie habe erholen können. Das sei der Grund für den Ausbruch der Panikstörung. Seitdem leide er an innerer Unruhe, Angespanntheit, Herzrasen, Druck im Brustbereich, Erstickungsgefühlen, Todesangst und Schlaflosigkeit (Urk. 2/6 S. 2 und 2/10 S. 1).

In Anbetracht dieser Ausführungen ist der Beklagten beizupflichten, dass die aktuellen psychischen Beschwerden des Klägers, welche eine Arbeitsunfähigkeit von zuerst 100 und später 50 % begründeten, einen Zusammenhang mit den Beschwerden und der (kurzen) Behandlung im Jahr 2010 aufwiesen, welche der Kläger der Beklagten gegenüber verschwiegen hatte (Urk. 7 S. 5 sowie 15 S. 7 f. und 9). Die vom Kläger vertretene gegenteilige Ansicht (Urk. 1 S. 8 und 11 S. 5) findet in den Akten keine Stütze.

3.8 Die Beklagte erhielt unbestritten erst mit dem Schreiben von Dr. G.____ und der Psychologin E.____ vom 18. Oktober 2016 sichere Kenntnis von der Behandlung im Jahr 2010 wegen psychischer Beschwerden und damit einhergehend von der Anzeigepflichtverletzung des Klägers. Die vierwöchige Verwirkungsfrist begann folglich erst nach Erhalt dieses Schreiben zu laufen (BGE 130 V 9 E. 2.1 und 119 V 283 E. 5a; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 4A_104/2018 vom 12. Juni 2018 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Mit Schreiben vom 15. November 2016, das heisst innert 4 Wochen teilte die Beklagte dem Rechtsvertreter des Klägers mit, sein Mandat habe in der Gesundheitserklärung vom 15. Januar 2015 jegliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen verneint. Dr. G.____ habe mittlerweile in einem der Beklagten vorliegenden Bericht bestätigt, dass bereits Anpassungsstörungen vorgelegen hätten. Es hätten zuletzt am 5. August 2010 Konsultationen bei ihm stattgefunden. Der Kläger sei somit seiner Anzeigepflicht nicht nachgekommen. Ab dem 1. September 2016 sei die weitere Arbeitsunfähigkeit mit dem psychischen Krankheitsbild begründet worden, für welches der Kläger seiner Anzeigepflicht nicht nachgekommen sei. Aus den genannten Gründen bestehe über den 31. August 2016 hinaus kein Leistungsanspruch aus dem Vertrag der Kollektivkrankentaggeldversicherung des ehemaligen Arbeitgebers (Urk. 2/11; vgl. auch Urk. 1 S. 5).

Zu Recht wurde von keiner Seite in Frage gestellt, dass sowohl bezüglich der verschwiegenen Gefahrstatsachen als auch der Falschbeantwortung im Fragenkatalog hinreichende Angaben gemacht wurden. Diese Erklärung genügt folglich, um sich auf das Erlöschen der Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Leistungsfall zu berufen, zumal der Kläger

mit der Beendigung seines Arbeitsverhältnisses per 30. August 2016 (vgl. Urk. 1 S. 4) bereits aus dem Kreis der versicherten Personen ausgeschieden war.

3.9 Aus dem Gesagten folgt, dass ein Leistungsanspruch des Klägers für den hier strittigen Zeitraum zu verneinen ist, unabhängig davon, wie sich sein damaliger Gesundheitszustand präsentierte wie die weiteren strittigen Standpunkte zu beurteilen wären. Dies führt zur Abweisung der Klage.

4. 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).

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Mark A. Glavas

- Basler Versicherung AG

- 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 angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin

GrünigGohl Zschokke