Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2024 (731 23 146 / 133)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Unterbruch der Versicherungsdeckung infolge einer unbezahlten, fälligen Prämie (Art. 20 und 21 VVG); Verrechnung von Prämienleistungen im Zusammenhang mit der Übertragung eines Versicherungsgeschäfts von einem Versicherungsunternehmen auf eine anderes.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	**A.**____, Kläger, vertreten durch Georg Ranert, Advokat, Schulstrasse 23, 4132 Muttenz gegen **Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG**, Mythenquai 2, 8002 Zürich, Beklagte, vertreten durch Eva Pouget, Rechtsanwältin, Buis Bürgi AG, Mühlebachstrasse 8, Postfach, 8024 Zürich
Betreff	Forderung

A. Der 1967 geborene A.____ arbeitete vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021 bei der B.____ GmbH. Die GmbH hatte bei der CSS Versicherung AG (CSS) einen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag für ihre Angestellten nach dem Bundesgesetz über den Versi-

cherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 abgeschlossen. Im Jahr 2020 kaufte die Zürich Versicherungsgesellschaft AG (Zürich) das Firmenkundengeschäft der CSS. Am 10. November 2020 schloss die Zürich mit der B.____ GmbH rückwirkend per 6. April 2020 einen neuen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag ab. Gemäss Police ist das gesamte Personal der B.____ GmbH für ein Krankentaggeld von 80 % des Verdienstes nach einer Wartefrist von 14 Tagen für 730 Krankheitstage versichert. Die Prämien sind halbjährlich per 1. Januar und 30. Juni geschuldet. Am 10. Mai 2021 wurde A.____ wegen psychischer Beeinträchtigungen vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Die Arbeitsunfähigkeit dauerte bis zum 31. März 2022 (vgl. ärztliche Zeugnisse von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Mai 2021, vom 24. Juni 2021, vom 9. Juli 2021 und vom 19. Juli 2022). In der Folge forderte A.____ die Zürich auf, nach Ablauf der 14-tägigen Wartefrist die vertraglichen Krankentaggelder ab 24. Mai 2021 auszurichten. Die Zürich verneinte jedoch ihre Leistungspflicht mit der Begründung, dass die B.____ GmbH die geschuldete Versicherungsprämie in Höhe von Fr. 797.50 für die Zeit vom 1. Januar 2021 bis 30. Juni 2021 nicht rechtzeitig bezahlt habe und somit ein Unterbruch der Versicherungsdeckung bestehe.

B. Am 24. Mai 2023 erhob A.____, vertreten durch Advokat Georg Ranert, Klage gegen die Zürich beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, ihm einen Betrag in der Höhe von Fr. 61'454.12 zuzüglich Zins von 5 % für nicht erbrachte Krankentaggeldleistungen zwischen dem 24. Mai 2021 und dem 31. März 2022 zu bezahlen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass seine Arbeitgeberin ursprünglich mit der CSS einen Krankentaggeldversicherungsvertrag abgeschlossen habe. Am 10. Juli 2020 habe sie die Versicherungsprämie in Höhe von Fr. 797.50 für die Zeit von Januar bis Juni 2021 an die CSS bezahlt. Nach der Übernahme der CSS durch die Zürich per 1. Januar 2021 sei das Versicherungsverhältnis und somit auch die Prämienleistung seiner Arbeitgeberin auf die Beklagte übergegangen. Trotz erfolgter Zahlung habe die Beklagte seiner Arbeitgeberin diese Prämie am 7. November 2020 in Rechnung gestellt. Am 27. Januar 2021 sei die bezahlte Prämie auf Anweisung der Beklagten von der CSS rückvergütet worden, was bedeute, dass die Beklagte über den Zahlungseingang der Versicherungsprämie für das erste Halbjahr 2021 informiert gewesen sei. Es sei deshalb unverständlich, weshalb die Beklagte im Januar 2021 seine Arbeitgeberin zur Begleichung dieser Prämie gemahnt habe und gleichzeitig die CSS angewiesen habe, die Prämie für das erste Halbjahr 2021 zurückzuerstatten. Richtigerweise hätte sie die im Juli 2020 geleistete Zahlung mit der bei ihr offen gestandenen Prämienrechnung verrechnen sollen. Aufgrund dieser Sachlage stelle die Rücküberweisung im Auftrag der Beklagten ein nicht nachvollziehbares Fehlverhalten dar und die geforderte Prämie habe als bezahlt zu gelten. Demzufolge habe nie ein Deckungsunterbruch bestanden.

C. In ihrer Klageantwort vom 29. August 2023 schloss die Zürich, vertreten durch Rechtsanwältin Eva Pouget-Hänseler, auf Abweisung der Klage; unter o/e-Kostenfolge. Sie hielt im Wesentlichen fest, dass die Arbeitgeberin des Klägers die Versicherungsprämie für das erste Halbjahr 2021 nicht rechtzeitig bezahlt habe. Auf die gesetzeskonform erfolgten Mahnungen zur Zahlung der Versicherungsprämie für die erste Jahreshälfte 2021 habe sie nie reagiert mit der Folge, dass die Versicherungsdeckung nach Ablauf der gesetzlichen Mahnfrist geruht habe. Erst nach

Einleitung der Betreibung sei die Prämie inkl. Zinsen und Mahnspesen am 11. Juni 2021 beglichen worden. Ab diesem Zeitpunkt habe ihre Leistungspflicht wiederaufgelebt. Damit habe infolge ausstehender Versicherungsprämie ein Deckungsunterbruch vom 19. Februar 2021 bis zur Zahlung am 11. Juni 2021 bestanden. Da die Arbeitsunfähigkeit des Klägers am 10. Mai 2021 während des Deckungsunterbruchs eingetreten sei, liege ungeachtet des Wiedereintritts der Leistungspflicht der Beklagten keine Versicherungsdeckung für den gemeldeten Schadenfall vor. Von der Rückvergütung von Fr. 797.50 im Januar 2021 durch die CSS habe sie keine Kenntnis gehabt. Eine Nachfrage bei der CSS habe ergeben, dass die Rückzahlung der Prämie für das erste Halbjahr 2021 deshalb erfolgt sei, weil die Arbeitgeberin des Klägers im Juli 2020 eine Prämie doppelt bezahlt habe. Dieser Betrag sei vorläufig auf dem bei der CSS geführten Konto der B.____ GmbH verblieben. Da gegenüber der CSS keine Prämienforderung ab 2021 ausstehend gewesen sei, sei eine Verrechnung nicht möglich gewesen. Die Prämie sei in der Folge von der CSS, ohne Zutun der Beklagten, im Januar 2021 zurückbezahlt worden. Selbst wenn ein Deckungsunterbruch zu verneinen wäre, wären keine Versicherungsleistungen geschuldet, da das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses des Klägers mit der B.____ GmbH sowie der angeblich bezogene Lohn nicht rechtsgenüglich nachgewiesen seien. So fehle es an einem Arbeitsvertrag, an einem Lohnausweis, an Bankbelegen und an Steuerunterlagen, welche das Arbeitsverhältnis und den Lohnbezug zu belegen vermöchten. Weiter wies sie darauf hin, dass gemäss Handelsregisterauszug die D.____ GmbH, bei welcher der Kläger alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer sei, und dessen Ehefrau Gesellschafterinnen der B.____ GmbH seien. Damit sei der Kläger mehrheitlich an der B.____ GmbH beteiligt. Zudem machte die Beklagte geltend, dass für die Arbeitsunfähigkeit und den Lohnausfall kein rechtsgenüglicher Nachweis vorliege; die Arztzeugnisse von Dr. C.____ und die nachträglich erstellten Lohnabrechnungen seien ohne Beweiswert. Ausserdem sei die Arbeitsunfähigkeit verspätet gemeldet worden, müsse doch eine Schadenmeldung gemäss der hier anwendbaren Ziffer 18.2 der Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) für die "Kollektive Taggeldversicherung nach VVG", Ausgabe Mai 2015, spätestens nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Bei Verspätung beginne die Leistungspflicht erst ab Meldedatum. Da die am 10. Mai 2021 eingetretene Arbeitsunfähigkeit erst am 10. Juli 2021 gemeldet worden sei, bestehe – wenn überhaupt – vor Ablauf der Wartefrist von 14 Tagen am 24. Juli 2021 kein Leistungsanspruch.

D. Mit Replik vom 1. November 2023 hielten der Kläger und mit Duplik vom 28. November 2023 die Beklagte an den jeweiligen Anträgen und Ausführungen fest.

E. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen der Kläger und sein Rechtsvertreter, Advokat Georg Ranert, sowie auf Seiten der Beklagten E.____ und Rechtsanwältin Eva Pouget-Hänseler teil. Die beiden Parteien vertreten im Wesentlichen weiterhin ihre bisherigen rechtlichen Standpunkte.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ergibt sich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 54 Abs. 1 lit. d des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen. Diese Klagen sind vielmehr direkt beim Kantonsgericht einzureichen (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach Art. 9 ff. ZPO. Art. 10 Abs. 1 lit. a ZPO sieht – sofern das Gesetz nichts anderes vorsieht – für Klagen gegen eine natürliche Person grundsätzlich das Gericht an deren Wohnsitz vor. Den Parteien steht es jedoch gemäss Art.r 17 Abs. 1 ZPO bei Fehlen eines zwingenden Gerichtsstandes frei, für einen bestehenden oder einen künftigen Rechtsstreit einen abweichenden Gerichtsstand zu vereinbaren. Ziffer 24 der hier massgebenden AVB beinhaltet einen Wahlgerichtsstand am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Arbeitnehmerin bzw. des versicherten Arbeitnehmers. Der Kläger hat Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft, weshalb das angerufene Gericht auch örtlich zuständig ist.

2. Am 1. Januar 2022 ist die Teilrevision des VVG in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen (vgl. Art. 103*a* VVG in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung) grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Vorliegend stehen ein Prämienzahlungsverzug für das erste Halbjahr 2021 und der daraus resultierende Unterbruch der Versicherungsdeckung vom 19. Februar 2021 bis 11. Juni 2021 im Streit. Somit ist die Angelegenheit in Anwendung der Be-stimmungen des VVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung zu beurteilen. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den kantonalen Vorgängernormen zu Art. 247 Abs. 2 ZPO enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der

Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "krasse Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das Gericht, ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/ Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 247 Abs. 2 N 33 ff.).

3.2 Gemäss Art. 8 ZGB hat 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 nachzuweisen, 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 148 III 105 E. 3.3.1, 130 III 321 E. 3.1). Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat somit die anspruchsberechtigte Person die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs zu behaupten und zu beweisen (Art. 39 VVG). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen in diesem Bereich indessen regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst sie insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Anspruchs darzutun hat (Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2017, 4A_85/2017, E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 141 III 241 E. 3).

4.1. Vorliegend ist unter den Parteien strittig, ob ein Unterbruch der Versicherungsdeckung für die Zeit vom 19. Februar 2021 bis 11. Juni 2021 besteht. Die Beklagte ist der Ansicht, dass die Arbeitgeberin des Klägers die Versicherungsprämie für das erste Halbjahr 2021 nicht fristgerecht bezahlt hat. Die gesetzlichen Bestimmungen und diejenigen der AVB sähen bei einem Prämienzahlungsverzug vor, dass der Versicherer den Versicherungsschutz solange sistieren dürfe, bis die fällige Prämie bezahlt sei.

4.2.1 Art. 20 und Art. 21 VVG regeln die Folgen, wenn eine Versicherungsnehmerin oder ein Versicherungsnehmer mit der Fälligkeit der Prämienzahlung in Verzug gerät. Nach Art. 20 Abs. 1 VVG muss der Versicherer der Versicherungsnehmerin bzw. dem Versicherungsnehmer unter Androhung der Säumnisfolgen schriftlich eine Nachfrist von 14 Tagen ab Absendung der Mahnung (= gesetzliche Mahnung) ansetzen (vgl. auch BGE 138 III 2 E. 4.1). Wird die ausstehende Leistung nicht bis zum Ablauf der Nachfrist erbracht, sieht Art. 20 Abs. 3 VVG einen Deckungsunterbruch vor. Obwohl mit dem Ablauf der Nachfrist kein Versicherungsschutz mehr besteht,

läuft die Pflicht zur Prämienzahlung weiter. Erst wenn die Prämien für die massgebliche Versicherungsperiode vollständig bezahlt worden sind, lebt der Versicherungsschutz wieder auf, allerdings nicht rückwirkend (vgl. HARALD BÄRTSCHI, Prinzipien des Finanzmarktrechts, in: Rechtswissenschaft für die Praxis [RWP], Band/Nr. 5, Zürich 2021, S. 272 Rz. 757 und 758). Mit dem unbenützten Ablauf der Nachfrist kann der Versicherer gemäss Art. 21 VVG wählen, ob er auf die Bezahlung der ausstehenden Prämie verzichten und den Vertrag mit Wirkung ex nunc kündigen will oder ob er am Vertrag festhält und die ausstehende Prämie einfordert. Im letzten Fall bleibt die Versicherungsdeckung suspendiert (vgl. BÄRTSCHI, a.a.O., S. 272 Rz. 759). Wählt er die Auflösung des Vertragsverhältnisses, steht es ihm offen, diese durch eine vorzeitige Rücktrittserklärung oder durch Fristablauf herbeizuführen. Verhält sich der Versicherer während zweier Monate seit Verzugseintritt, d.h. dem Zeitpunkt des Ablaufs der 14-tägigen Mahnfrist, passiv, indem er die rückständige Prämie nicht rechtlich einfordert, so wird angenommen, dass er vom Vertrag zurücktrete (Art. 21 Abs. 1 VVG).

4.2.2 In Anbetracht der gravierenden wirtschaftlichen Auswirkungen hat die Mahnung nach Art. 21 Abs. 1 VVG strengen Anforderungen hinsichtlich Form und Inhalt zu genügen, um die Interessen der Versicherungsnehmerin bzw. des Versicherungsnehmers in geeigneter Weise zu wahren. Die schriftliche Mahnung muss die Beträge nennen, für welche die Zahlung verlangt wird, und ebenso die Zahlungsfrist von 14 Tagen. Vor allem hat sie ausdrücklich die Säumnisfolgen anzugeben, um diese in das Bewusstsein der Schuldnerin bzw. des Schuldners zu rücken. Die Androhung der Verzugsfolgen muss explizit, klar und umfassend erfolgen, wobei sämtliche Säumnisfolgen zu nennen sind, mithin nicht nur das Ruhen der Leistungspflicht des Versicherers nach Art. 20 Abs. 3 VVG, sondern auch das Recht des Versicherers, vom Vertrag zurückzutreten beziehungsweise die Vermutung des Rücktritts gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG (BGE 138 III 2 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 28. September 2010, 4A_397/2010, E. 4.3).

4.2.3 Ähnliche Bestimmungen zu den Rechtsfolgen eines Prämienverzugs sehen die AVB der Beklagten vor. Danach wird gemäss Ziffer 9.1 AVB die Prämie an dem auf der Prämienrechnung aufgeführten Datum fällig. Im Fall einer nicht fristgerechten Entrichtung der Prämie ist die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherungsnehmer per Einschreiben aufzufordern, innert 14 Tagen vom Versanddatum der eingeschriebenen Mahnung an gerechnet, der Zahlung Folge zu leisten (Ziffer 11.1 AVB). Bleibt die Zahlung des Rechnungsbetrages inklusive Mahnkosten innert der gesetzlichen Mahnfrist aus, ruht die Leistungspflicht der Zürich vom Ablauf der Mahnfrist an. Für einen neuen während der Deckungsunterbrechung aufgetretenen Leistungsfall erbringt die Zürich keine Taggelder (Ziffer 11.2 AVB). Die Deckung lebt, nachdem sämtliche diesen Vertrag betreffenden ausstehenden Prämien, Verzugszinsen, Mahn- und Betreibungsgebühren vollständig bezahlt sind, wieder auf (Ziffer 11.3 AVB). Bei Nichtbezahlung kann die Zürich binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist die rückständigen Prämien und Mahngebühren rechtlich einfordern. Macht sie von diesem Recht keinen Gebrauch, kann sie unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie vom Vertrag zurücktreten (Ziffer 11.4 AVB).

4.3.1 Aus den Akten ergibt sich, dass die Beklagte der Arbeitgeberin des Klägers die Prämie in Höhe von Fr. 797.50 für das erste Halbjahr 2021 am 7. November 2020 mit Zahlungsfrist bis zum 1. Januar 2021 in Rechnung stellte. Nachdem diese Rechnung innert Frist nicht beglichen wurde,

liess die Beklagte der B.____ GmbH am 13. Januar 2021 eine Zahlungserinnerung zukommen. Da innert Frist keine Zahlung einging, forderte die Beklagte die B.____ GmbH mit Schreiben vom 4. Februar 2021 auf, den ausstehenden Betrag von Fr. 817.50 (Fr. 797.50 + Mahnspesen von Fr. 20.--) zu bezahlen mit der Androhung, dass die Leistungspflicht ruhen werde, wenn die Zahlung nicht innert 14 Tagen seit Absenden der vorliegenden Mahnung erfolgt. Das Mahnschreiben wurde am 8. Februar 2021 per Einschreiben aufgegeben und wurde der B.____ GmbH am folgenden Tag zugestellt. Auch dieser Zahlungsaufforderung leistete die B.____ GmbH innert der vorgegebenen Frist keine Folge. Mit Schreiben vom 18. März 2021 wies die Beklagte die B.____ GmbH auf die hohen Betreibungskosten bei Nichtbezahlung der Prämie hin. Da weiterhin eine entsprechende Zahlung ausblieb, stellte die Beklagte am 17. April 2021 das Betreibungsbegehren. Im weiteren Verlauf sandte ein Mitarbeiter der Beklagten dem Kläger am 6. Mai 2021 eine Übersicht aller offenstehenden Prämienrechnungen zu mit der Bitte, diese bis zum 14. Mai 2021 zu begleichen. Bei fristgerechter Zahlung werde die Betreibung folgenlos und kostenfrei gelöscht (vgl. E-Mail vom 6. Mai 2021). Nachdem die Beklagte dem Kläger am 9. Juni 2021 nochmals die offenen Prämienrechnungen zugestellt hatte (vgl. E-Mail vom 9. Juni 2021), bezahlte die B.____ GmbH am 11. Juni 2021 die Prämie für das erste Halbjahr 2021 inkl. Zinsen und Mahnspesen. Am 10. Juli 2021 meldete die Arbeitgeberin des Klägers der Beklagten, dass dieser seit 10. Mai 2021 vollständig arbeitsunfähig sei (vgl. Meldung kollektive Krankenlohnausfallversicherung vom 10. Juli 2021). Mit Schreiben vom 18. August 2021 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass ein Deckungsunterbruch vom 19. Februar 2021 bis 11. Juni 2021 bestanden habe und sie deshalb nicht leistungspflichtig sei.

4.3.2 In formeller Hinsicht ist das Vorgehen der Beklagten betreffend Deckungsunterbruch infolge Prämienzahlungsverzugs nicht zu beanstanden. Sie hat grundsätzlich sämtliche entsprechenden Voraussetzungen des VVG und der AVB eingehalten, um den Versicherungsschutz sistieren zu dürfen. So hat sie in ihrem Mahnschreiben vom 4. Februar 2021 den ausstehenden Betrag aufgeführt und auf die 14-tägige Zahlungsfrist hingewiesen. Ferner hat sie unmissverständlich sämtliche Säumnisfolgen (Ruhen der Leistungspflicht, Rücktrittsrecht des Versicherers bzw. die Vermutung des Vertragsrücktritts bei Fristablauf) angegeben. Es kann der Beklagten allerdings insofern nicht gefolgt werden, als sie den Beginn des Deckungsunterbruchs auf den 19. Februar 2021 festgelegt hat. Entgegen ihrer Ansicht ist die gesetzliche Mahnung erst am 8. Februar 2021 aufgegeben worden. Am 5. Februar 2021 ist sie bei der Post lediglich angemeldet worden. Demzufolge hat der Deckungsunterbruch 14 Tage später am 22. Februar 2021 und nicht bereits am 19. Februar 2021 zu laufen begonnen.

5.1 Der Kläger bemängelt Form und Inhalt der gesetzlichen Mahnung der Beklagten nicht. Er stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass die Beklagte das Mahnverfahren nicht habe durchführen dürfen, da im Zeitpunkt der ersten Mahnung vom 13. Januar 2021 infolge der bereits am 10. Juli 2020 an die CSS geleisteten Prämienzahlung für das erste Halbjahr 2021 kein Prämienausstand bestanden habe. Die Beklagte hält dagegen, die B.____ GmbH habe gewusst, dass der Versicherungsvertrag der CSS durch die Beklagte übernommen worden sei. So habe die CSS die Arbeitgeberin des Klägers bereits im Januar 2020 darauf hingewiesen, dass ab Mitte 2020 das Versicherungsverhältnis auf die Zürich übertragen werde. Sodann sei sie im November 2020 darüber informiert worden, dass ihre Taggeldversicherung mit Wirkung per 1. Januar 2021

in die Systemlandschaft der Zürich integriert werde. Am 7. November 2020 habe die Beklagte der B.____ GmbH die Prämienrechnung für das erste Halbjahr 2021 zugestellt. Zahlungen an die CSS seien für sie unerheblich, weil sie und die CSS voneinander unabhängig tätige Versicherungsunternehmen seien. Eine allfällige Zahlung an das eine Versicherungsunternehmen könne nicht als Zahlung an das andere gelten. Aus diesem Grund habe sie die Zahlung an die CSS nicht mit der von ihr in Rechnung gestellten Prämienforderung verrechnen können.

5.2 Es ist zu prüfen, ob die Beklagte sich die von der Arbeitgeberin des Klägers am 10. Juli 2020 bezahlte Prämie für das erste Halbjahr 2021 anrechnen lassen muss. Ein Versicherungsgeschäft besteht regelmässig aus einem Bestand an Versicherungspolicen, Rückversicherungsverträgen, Werten des gebundenen Vermögens, das zur Deckung der Versicherungsrisiken dient, freien Aktiven, Mitarbeitenden und Verträgen. Die Übertragung eines solchen Geschäfts von einem Versicherungsunternehmen auf ein anderes bedarf der Bewilligung durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA; Art. 62 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen [VAG] vom 17. Dezember 2004). Diese wird erteilt, wenn die Interessen der versicherten Personen insgesamt gewahrt werden (Art. 61 Abs. 1 Satz 2 VAG). Die übernommenen Versicherungsnehmerinnen bzw. Versicherungsnehmer sind innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung der Bewilligung individuell über die Bestandsänderung sowie über das Kündigungsrecht zu informieren (Art. 62 Abs. 3 Satz 1 VAG). Die Besonderheit dieses Verfahrens liegt darin, dass mit der Verfügung der FINMA der Vollzug nicht nur bewilligt wird; vielmehr bewirkt die Bewilligung zugleich auch den dinglichen Übergang des Versicherungsbestandes und der Werte des gebundenen Vermögens vom Veräusserer auf den Erwerber (Art. 19 Abs. 2 VAG; TSCHÄNI RUDOLF/DIEM HANS-JAKOB/WOLF MATTHIAS, M&A-Transaktionen nach Schweizer Recht, 3. Kapitel: Kauf von Unternehmen / III. Kauf eines Unternehmens mit Aktiven und Passiven ["Asset Purchase"]) / 1. Zivilrechtliche Regelung der Übertragung und Haftung, Zürich 2021, S. 125 Rz. 265). Mit der Genehmigung der Übertragung des Versicherungsbestandes durch die FINMA gehen somit die entsprechenden Versicherungsverträge von Gesetzes wegen auf das übernehmende Versicherungsunternehmen über, soweit die FINMA nichts anderes anordnet (Art. 19 Abs. 2 VAG). Die Versicherungsverträge laufen mit deren Übergang unverändert und ohne Unterbruch beim übernehmenden Versicherungsunternehmen weiter. Dieses tritt in sämtliche Rechte und Pflichten aus den Versicherungsverträgen ein, wie sie zum Zeitpunkt der Übertragung bestehen (vgl. LUDESCHER TOM, Das gebundene Vermögen gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG], Zürich/St. Gallen 2007, S. 175 f.).

5.3.1 Vorliegend steht fest, dass für die Übertragung des Versicherungsgeschäfts der CSS an die Beklagte die Bewilligung der FINMA erforderlich ist. Aus dem an die B.____ GmbH Mitte November 2020 versandten Schreiben der Beklagten ist zu schliessen, dass die Bewilligung der FINMA zu diesem Zeitpunkt bereits vorlag, geht doch daraus hervor, dass sämtliche Krankenlohnausfallversicherungen nach VVG mit der CSS spätestens ab 1. Januar 2021 in die "Systemlandschaft" der Beklagten integriert würden und nur noch die Beklagte Ansprechpartnerin sei. Es ist unwahrscheinlich, dass eine solche Mitteilung ohne Bewilligung der FINMA gemacht worden wäre. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Rechte und Pflichten aus sämtlichen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen der CSS von Gesetzes wegen per 1. Januar 2021 auf die Beklagte übergegangen sind. Daran würde sich auch nichts

ändern, wenn die FINMA in Rücksicht auf vertragliche Vereinbarungen zwischen der CSS und der Beklagten ausnahmsweise (vgl. hierzu Art. 19 Abs. 2 VAG letzter Teilsatz) einen späteren Übergang des Versicherungsgeschäfts genehmigt hätte. Aufgrund des von der Beklagten im November 2020 versandten Schreibens haben die B.____ AG und der Kläger annehmen müssen, dass das Versicherungsverhältnis der CSS spätestens am 1. Januar 2021 mit allen Rechten und Pflichten auf die Beklagte übergegangen ist.

5.3.2 Aufgrund dieser Ausführungen kann sich die Beklagte nicht auf den Standpunkt stellen, dass die von der B.____ GmbH am 10. Juli 2020 geleistete Zahlung an die CSS für sie unerheblich sei. Es steht fest, dass das am Stichtag (= 1. Januar 2021) bei der CSS bestandene Prämienguthaben der Arbeitgeberin des Klägers in Höhe von Fr. 797.50 auf das neue Vertragsverhältnis zwischen der B.____ GmbH und der Beklagten übergegangen ist. Demgemäss hat gegenüber der Beklagten bis zum Zeitpunkt der Rückerstattung der Prämie durch die CSS am 27. Januar 2021 ein Prämienguthaben der B.____ bestanden und eine Verrechnung des Guthabens mit der fälligen Prämienforderung für das erste Halbjahr wäre – entgegen der Auffassung der Beklagten – durchaus möglich gewesen (Art. 120 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Fünfter Teil: Obligationenrecht] vom 30. März 1911). Folglich hat die Prämie für das erste Halbjahr 2021 spätestens ab 1. Januar 2021 als bezahlt zu gelten. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass der Grund für das Prämienguthaben auf eine Doppelzahlung einer Halbjahresprämie im Jahr 2020 zurückzuführen ist.

5.4 Die Rechtslage hat sich jedoch mit der Rückerstattung der Prämie durch die CSS geändert. Aus rechtlicher Sicht ist ab dem 27. Januar 2021 die Prämienforderung für das erste Halbjahr 2021 wieder geschuldet gewesen. Der Arbeitgeberin des Klägers ist es auch bewusst gewesen, dass die erste Halbejahresprämie 2021 (wieder) fällig gewesen ist, hat sie doch trotz Mahnungen und Betreibungsbegehren nie vorgebracht, dass diese Prämie bereits bezahlt worden sei. Erst im vorliegenden Klageverfahren hat sie einen solchen Einwand erhoben. Aus der Tatsache, dass die Beklagte bis zum 27. Januar 2021 die an die CSS am 10. Juli 2020 geleistete Zahlung mit der ausstehenden Prämie für das erste Halbjahr 2021 hätte verrechnen können, kann der Kläger nichts zu Gunsten ableiten. Weder er noch seine Arbeitgeberin haben die Beklagte bei Erhalt der Zahlungserinnerung vom 13. Januar 2021, der gesetzlichen Mahnung vom 4. Februar 2021 und des Schreibens vom 18. März 2021 um eine solche Verrechnung ersucht. Da die B.____ GmbH die erste Halbjahresprämie für das Jahr 2021 innerhalb der 14-tägigen Frist ab Versenden der gesetzlichen Mahnung gemäss Art. 20 Abs. 1 VVG und Ziffer 11.1 AVB nicht bezahlt hat, hat die Beklagte zu Recht die Versicherungsdeckung sistiert. Es ist jedoch richtigerweise von einem Deckungsunterbruch vom 22. Februar 2021 bis 11. Juni 2021 auszugehen (vgl. Erwägung 4.3.2).

6.1 An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen des Klägers nichts zu ändern. Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, dass die in Frage stehende Prämienzahlung bereits am 6. Mai 2021 als bezahlt zu gelten hat. Zur Begründung verweist er auf eine interne E-Mail der Beklagten vom 27. August 2021. Aus dem in dieser E-Mail enthaltenen Systemauszug sei ein Eintrag zu entnehmen, mit welchem bestätigt worden sei, dass die B.____ GmbH die Prämienrechnung für das erste Halbjahr 2021 beglichen, jedoch die Zahlung auf eine falsche Kontonummer der CSS überwiesen worden sei. Da der Eintrag vom 6. Mai 2021 datiere, sei daraus zu schliessen, dass

die Zahlung bereits vor dem 6. Mai 2021 oder genau zu diesem Zeitpunkt eingegangen sei. Eine Zahlung auf ein falsches Konto sei so zu behandeln, als wäre sie auf das korrekte Konto einbezahlt worden. Die Beklagte führt hierzu aus, dass der Eintrag vom 6. Mai 2021 lediglich die Angaben des Klägers anlässlich eines Telefonats mit der Beklagten wiedergegeben habe und keine Zahlungsbestätigung der ausstehenden Prämie darstelle. Diese Begründung ist glaubwürdig und nachvollziehbar. Anders wäre denn auch nicht zu erklären, weshalb die Beklagte gleichentags der B.____ GmbH sämtliche ausstehende Prämienrechnungen, darunter auch diejenige für das erste Halbjahr 2021, zugestellt hat.

6.2 Das Vorbringen des Klägers, wonach gemäss internem E-Mail-Verkehr vom 27. August 2021 nicht alle Mitarbeitenden der Beklagten von einem Deckungsunterbruch ausgegangen seien, ist ohne Relevanz. Mit den obigen Ausführungen ist aufgezeigt worden, dass der Deckungsunterbruch zu Recht erfolgt ist; abweichende interne Einschätzungen ändern nichts an dieser Rechtslage. Diesbezüglich wird deshalb auf die weiteren Ausführungen des Klägers dazu nicht eingegangen.

7. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beklagte für die vom 10. Mai 2021 bis 31. März 2022 geltend gemachte 100%ige Arbeitsunfähigkeit infolge Deckungsunterbruchs vom 22. Februar 2021 bis 11. Juni 2021 nicht leistungspflichtig ist. Nach Ziffer 11.2 AVB muss die Beklagte für einen während des Deckungsunterbruchs neu aufgetretenen Leistungsfall auch für eine nach dessen Beendigung weiterbestehende Arbeitsunfähigkeit keine Taggelder erbringen, weil der mit dem erstmaligen Beginn der Arbeitsunfähigkeit eingetretene Versicherungsfall insgesamt nicht gedeckt ist. Bei dieser Sachlage kann auf Ausführungen zu den weiteren von der Beklagten geäusserten Vorbringen zum Bestehen eines Arbeitsverhältnisses zwischen dem Kläger und der B.____ GmbH, zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit sowie des Lohnflusses und zur fristgerechten Meldung des Versicherungsfalles verzichtet werden. Demzufolge ist die Klage abzuweisen.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 114 lit. e ZPO bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

8.2.1 Der obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO eine Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Anspruch des obsiegenden Versicherungsträgers unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsträger durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen; zur Geltung dieser Rechtsprechung unter der ZPO: BGE 137 III 47, nicht veröffentlichte E. 2.2.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist vorliegend gegeben, weshalb die Beklagte einen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung zu Lasten des Klägers hat (vgl. auch Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Mai 2014, 731 13 350, E. 7.2). Der Kläger hat der Beklagten folglich eine Parteientschädigung zu leisten.

8.2.2 Die Rechtsvertreterin der Beklagten hat in ihrer anlässlich der heutigen Hauptverhandlung eingereichten Honorarnote einen Stundenaufwand von insgesamt 53,4 Stunden (inkl. Bemühungen im Zusammenhang mit der Hauptverhandlung) mit einem Stundenansatz von Fr. 300.-- bzw. ab 1. Januar 2024 von Fr. 325.-- in Rechnung gestellt. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle erweist sich der geltend gemachte Aufwand insgesamt als deutlich zu hoch, weshalb eine angemessene Kürzung vorzunehmen ist, zumal im vorliegenden Fall die Akten nicht sehr umfangreich sind und sich weder in sachverhaltlicher noch in rechtlicher Hinsicht besonders schwierige Fragen stellen. Insbesondere erscheint der Aufwand von 34,1 Stunden im Zusammenhang mit der Ausarbeitung der Klageantwort, der Duplik und mit der Vorbereitung der Hauptverhandlung als übermässig hoch. Aber auch die geltend gemachten übrigen Bemühungen für die weiteren Positionen (Aktenstudium, rechtliche Abklärungen, Studium der Klageschrift, der Replik und Verfügungen des Gerichts, Aktenführung sowie Telefonate und Korrespondenz mit der Klientschaft) von insgesamt 15,8 Stunden sind sehr hoch. Im Quervergleich mit anderen Versicherungsvertragsfällen gemäss VVG erscheint ein Aufwand von insgesamt 30 Stunden als angemessen. Mit Blick auf § 3 Abs. 1 der kantonalen Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte ist auch der in Rechnung gestellte Stundenansatz von Fr. 300.-- bzw. Fr. 325.-- unangemessen, namentlich im Hinblick auf die weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht komplexe Angelegenheit und die nicht sehr umfangreichen Akten. Anzuwenden ist deshalb der in vergleichbaren Fällen praxisübliche Ansatz von Fr. 250.-- pro Stunde. Nicht zu bemängeln sind demgegenüber die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen im Umfang von Fr. 383.30 + Fr. 126.-- Reisespesen. Der Kläger hat demnach der Beklagten eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 8'630.-- (26,5 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 383.30.-- + 7,7 % Mehrwertsteuer und 3,5 Stunden à Fr. 250.-- + Reisespesen von Fr. 126.-- + 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Der Kläger hat der Beklagten eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 8'630.-- (inkl. Auslagen und 7,7 % bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.