



9C_98/2024

Urteil vom 11. November 2024

III. öffentlich-rechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Parrino, Präsident,
Bundesrichter Beusch, Bundesrichterin Scherrer Reber,
Gerichtsschreiberin Nünlist.

Verfahrensbeteiligte
A. _____,
vertreten durch Rechtsanwältin Lotti Sigg,
Beschwerdeführerin,

gegen

Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, Rechtsdienst PLHRD,
Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Berufliche Vorsorge,

Beschwerde gegen das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 15. Dezember 2023 (BV.2022.00101).

Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A. _____ schloss mit der Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz) eine "Gemischte Lebensversicherung mit periodischen Prämien; Gebundene Vorsorge" mit Vertragsbeginn am 1. August 2014 ab (Police Nr. xxx, nachfolgend: Lebensversicherungsvertrag), mit welcher ein Erlebensfallkapital von Fr. 65'123.-, zahlbar per 1. März 2034, sowie ein Todesfallkapital von Fr. 65'123.-, zahlbar bei Tod vor dem 1. März 2034, versichert wurden. Zusätzlich wurde eine nicht indexierte Jahresrente bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit von Fr. 12'000.- einschliesslich Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall (Wartefrist 720 bzw. 90 Tage) versichert. Vom 6. Januar bis 3. März 2021 hielt sich die Versicherte in der Klinik B. _____ zwecks psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung auf. Am 26. Januar 2021 hatte sie sich unter Hinweis auf ein Burnout respektive eine akute Depression mit Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit seit Mitte Oktober 2020 zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet. Rund ein Jahr später beantragte A. _____ bei der Allianz Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit zufolge Depression. Nach der Einholung medizinischer Unterlagen teilte Letztere der Versicherten am 21. April 2022 mit, dass sie den Lebensversicherungsvertrag wegen Verletzung der Anzeigepflicht kündige.

B.

Mit Eingabe vom 22. Dezember 2022 erhob die Versicherte beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage gegen die Allianz und stellte folgende Anträge:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, die Klägerin rückwirkend wieder in die Einzellebensversicherungspolice

xxx aufzunehmen und die vertraglichen Leistungen aus dem Vertrag auszurichten.

2. Insbesondere sei der Klägerin Prämienbefreiung ab 10. Januar 2021 zu gewähren. Im Weiteren sei ihr eine Rente zu 50 % (Basis CHF 12'000.00 bei 100 %) ab 2. Oktober 2022 zuzusprechen, zuzüglich von 5 % Verzugszins ab Klageerhebung."

Das kantonale Gericht wies die Klage mit Urteil vom 15. Dezember 2023 ab. Derweil war A. _____ mit Verfügung vom 4. September 2023 rückwirkend ab 1. November 2022 eine Rente der IV in der Höhe von 50 % einer ganzen Invalidenrente zugesprochen worden.

C.

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten lässt A. _____ folgende Anträge stellen:

"1. Das Urteil vom 15. Dezember 2023 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich sei aufzuheben und die Beschwerdeführerin sei rückwirkend wieder in die Einzellebensversicherungspolice xxx der Allianz Suisse aufzunehmen und es seien ihr die vereinbarten Leistungen aus dem Vertrag auszurichten.

2. Der Beschwerdeführerin sei Prämienbefreiung ab 10. Januar 2021 zu gewähren. Im Weiteren sei ihr eine Rente zu 50 % (Basis CHF 12'000.00 bei 100 %) ab 2. Oktober 2022 zuzusprechen."

Die Beschwerdegegnerin verzichtet ebenso wie das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) auf eine Vernehmlassung. Die Vorinstanz nimmt am 4. März 2024 Stellung.

Erwägungen:

1.

Die vorliegende Streitigkeit betrifft die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus einer gebundenen Vorsorgeversicherung der Säule 3a nach Art. 82 Abs. 2 BVG (in der bis 31. Dezember 2022 gültig gewesenen Fassung, nachfolgend: aArt. 82 Abs. 2 BVG) respektive Art. 82 Abs. 1 lit. a BVG (in der ab 1. Januar 2023 geltenden Fassung) und Art. 1 Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 13. November 1985 über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3; SR 831.461.3). Sachlich zuständig sind die Berufsvorsorgegerichte (Art. 73 Abs. 1 lit. b BVG), letztinstanzlich die II. sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts respektive seit dem 1. Januar 2023 die III. öffentlich-rechtliche Abteilung des Bundesgerichts (Art. 35 lit. e des Reglementes für das Bundesgericht vom 20. November 2006 [BGerR; SR 173.110.131, in der bis 31. Dezember 2022 gültig gewesenen Fassung gemäss AS 2006 5635] respektive Art. 26 Abs. 1 und Art. 31 lit. f BGerR [in der ab 1. Januar 2023 geltenden Fassung, AS 2023 65] in Verbindung mit Art. 49 und 73 BVG; **BGE 141 V 439** E. 1.1 mit Hinweisen).

2.

2.1. Eine Verletzung der (aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessenden) Begründungspflicht (Art. 29 Abs. 2 BV; **BGE 149 V 156** E. 6.1; **148 III 30** E. 3.1) kann der Vorinstanz nicht vorgeworfen werden, denn sie nannte in ihrem Urteil die wesentlichen Überlegungen, von denen sie sich leiten liess und auf welche sie ihren Entscheid stützte. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht geltend, dass eine sachgerechte Anfechtung nicht möglich gewesen wäre.

2.2. Das Bundesgericht überprüft Bundesrechtsverletzungen im Sinne von Art. 95 lit. a BGG frei. Es legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz auf Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 beruht, und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 105 Abs. 2 und Art. 97 Abs. 1 BGG).

2.3. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (**BGE 141 V 234** E. 1 mit Hinweisen).

3.

3.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt hat, indem sie die Kündigung des Lebensversicherungsvertrags durch die Allianz wegen Verletzung der Anzeigepflicht als rechtens beurteilt hat.

3.2.

3.2.1. Das kantonale Gericht hat die diesbezüglich massgeblichen Grundlagen gemäss den statutarischen und reglementarischen Bestimmungen respektive ergänzend gemäss dem analog anwendbaren Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1), nämlich Art. 4, Art. 6 und Art. 8 VVG sowie die dazu ergangene Rechtsprechung zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen. Zu ergänzen ist, dass der Begriff "Krankheit" in den Zusatzbedingungen "Zusatzversicherung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall" und "Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge

von Krankheit oder Unfall" (nachfolgend: ZB) definiert wird. Darin wird - für den vorliegenden Fall relevant - festgehalten, dass Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit sei, die nicht Folge eines Unfalles sei und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordere oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe (ZB S. 2 respektive S. 6).

3.2.2. Nach der Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist somit nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben. Die Tragweite der einzelnen Fragen bestimmt sich - gleich wie der Vertragsinhalt - nach dem Vertrauensprinzip. Es ist dabei darauf abzustellen, was vernünftigerweise gemeint sein muss und der konkrete Antragsteller annehmen darf, wenn er über die Fragen der Versicherungsgesellschaft in der vom VVG verlangten Weise ernsthaft nachdenkt. Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang den Begriff des "subjektiven Verständnishorizonts" geschaffen. Es ist zu beachten, dass eine Frage einschränkend auszulegen ist, wenn sie an sich oder aufgrund ihrer Beziehung zu den übrigen dem Antragsteller vorgelegten Fragen Zweifel über den Umfang der Deklarationspflicht weckt. Das folgt einerseits aus dem Grundsatz, dass die Anzeigepflicht nur soweit besteht, als die Fragen des Versicherers reichen. Andererseits wird ganz allgemein eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Zurückhaltung angenommen, weil damit die einschneidende Folge des Wegfalls des Versicherungsvertrags verbunden ist (Urteile 9C_50/2023 vom 28. März 2024 E. 4.4; 9C_471/2015 vom 11. März 2016 E. 5.3 mit Hinweisen).

3.2.3. Die Beweislast für die eine Anzeigepflichtverletzung begründenden Umstände obliegt - der Regel von Art. 8 ZGB entsprechend - dem Versicherer (**BGE 129 III 510** E. 4 mit Hinweis; Urteil 9C_66/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3).

3.3. Inwiefern dem Versicherten eine Pflichtverletzung vorgeworfen werden kann, stellt eine Rechtsfrage dar, die im Rahmen der Rüge- und Begründungspflicht frei beurteilt werden kann (Urteil 9C_18/2016 vom 7. Oktober 2016 E. 4; vgl. E. 2.3 hiervor).

4.

Vorliegend ist einzig zu prüfen, ob hinsichtlich der Beantwortung der Gesundheitsfrage 9 des Formulars "Antrags- und Gesundheitsfragen" eine Verletzung der Anzeigepflicht begangen wurde. Die besagte Frage lautete wie folgt: "Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge Krankheit oder Unfall des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Epilepsie, nervöse Störungen), der Augen oder der Psyche (z.B. Depression, Angst- bzw. Erschöpfungszustände) oder haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?". Im Streit steht eine gesundheitliche Beeinträchtigung infolge Krankheit der Psyche.

4.1. Die Vorinstanz hat diesbezüglich nach Wiedergabe verschiedener ärztlicher Berichte, datiert respektive eingereicht im Zeitraum ab Februar 2021, darauf geschlossen, dass die Beschwerdeführerin gemäss Angaben in den Arztberichten bereits seit 2007 unter starker Nervosität und chronischen Schlafstörungen gelitten habe. Seit ihrer Scheidung im Jahre 2008 leide sie zudem immer wieder zwischen Januar und März unter depressiven Phasen. Im Weiteren sei eine seit 2007 bestehende Bulimia nervosa von variierendem Ausmass bekannt, wobei sich diese Essstörung bis 2019 in täglichem Erbrechen geäussert habe. Auf wiederkehrende depressive Episoden in den letzten 15 Jahren habe der behandelnde Psychiater hingewiesen und an anderer Stelle würden Schlafstörungen seit der Scheidung im Jahr 2008 festgehalten. Der Beschwerdeführerin könne darin gefolgt werden, dass keine echtzeitlichen medizinischen Berichte aktenkundig seien, die eine psychiatrische Behandlung vor dem am 17. Juli 2014 unterzeichneten Antrag zum Abschluss der Vorsorgeversicherung belegten. Gesundheitsfrage 9 sei für die Beschwerdegegnerin insofern von Bedeutung, als den darin genannten Erkrankungen respektive Vorbelastungen ein hohes Risiko inhärent sei, würden doch solche Störungen regelmässig wiederholt auftreten, seien langfristig und zeitigten hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit erhebliche Konsequenzen. So auch bei der Beschwerdeführerin, welcher rückwirkend seit 1. November 2022 eine halbe Rente der Invalidenversicherung ausgerichtet werde. Die Frage richte sich in unzweideutiger Fassung an die Versicherten, sodass davon auszugehen sei, dass die entsprechenden Gefahrstatsachen für die Beschwerdegegnerin für den Entschluss, einen Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, erheblich sei. Die Beschwerdeführerin habe die Gesundheitsfrage 9 verneint und dazu ausgeführt, dass sie die vorbestehenden körperlichen, stressbedingten und reaktiven Probleme als Bagatellstörungen interpretiert habe, die nicht hätten angegeben werden müssen. Der Beschwerdeführerin könne zwar darin gefolgt werden, dass die Frage 9 nicht darauf abzielen könne, sämtliche psychischen Verstimmungszustände angeben zu müssen. Zutreffend sei auch, dass die Deklarationspflicht einer psychischen Symptomatik sich nur auf Störungen beziehen könne, deren Intensität ein gewisser Krankheitswert zugemessen werden müsse. Dies erfordere jedoch nicht, dass die Störung bereits ärztlich behandelt worden sei oder zu Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. Denn die Konsequenzen solcher Störungen (Depression/Burnout) gründeten regelmässig darin, dass diese eben nicht oder zu spät behandelt worden seien.

Dass vorliegend im Zeitraum vor der Antragsstellung keine psychische Symptomatik mit Krankheitswert vorgelegen habe und lediglich sporadische Verstimmungszustände bestanden haben sollten, die dann im Rahmen späterer Anamneseerhebung als Depression interpretiert worden seien, sei nicht plausibel. Denn die diesbezüglichen übereinstimmenden medizinischen Verlautbarungen basierten auf den Angaben der Beschwerdeführerin, die sie gegenüber den verschiedenen Behandlern zu unterschiedlichen Zeitpunkten

gemacht habe. Vor diesem Hintergrund vermöge auch nicht zu überzeugen, dass der Beschwerdeführerin psychische Beeinträchtigungen im Zeitpunkt ihrer Antragsstellung zwar nicht gegenüber der Versicherung, aber später dann gegenüber den Ärzten erinnerlich gewesen seien. Auch sei nebst der depressiven Symptomatik im massgebenden Zeitraum eine langjährige Essstörung (Bulimia nervosa) bekannt, welche sich noch im Zeitpunkt der Antragsstellung mit täglichem Erbrechen geäussert habe. Der Beschwerdeführerin habe damit auch in dieser Hinsicht nicht verborgen bleiben können, dass sie unter erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Psyche leide respektive gelitten habe, welche sie im Zeitpunkt ihrer Antragsstellung hätte deklarieren müssen. Damit liege eine Anzeigepflichtverletzung vor und die Beschwerdegegnerin habe den Lebensversicherungsvertrag zu Recht gekündigt.

4.2.

4.2.1. Der Umfang der Anzeigepflicht ist vorliegend an der konkreten Fragestellung zu bemessen und am Verständnis, das die Beschwerdeführerin der Frage nach Treu und Glauben zukommen lassen durfte und musste. Gefahrstatsache bildet nur, wonach ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt wurde. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Anzeigepflicht auch bei Beeinträchtigungen der Psyche nicht so weit gehen kann, dass sie besteht, ohne dass im massgeblichen Zeitpunkt der Antragsstellung (vgl. hierzu aus dem Versicherungsvertragsrecht Urteil 4A_338/2022 vom 19. Dezember 2022 E. 5.2.1) Anhaltspunkte vorliegen, aufgrund derer die antragsstellende Person in guten Treuen vom Vorliegen einer Gefahrstatsache ausgehen muss. Ansonsten würde insbesondere gegen den Grundsatz verstossen, wonach eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Zurückhaltung anzunehmen ist (E. 3.2.2 hiervor).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass mit Blick auf die vorliegend relevante Wendung "gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge Krankheit" in der Gesundheitsfrage 9 (E. 4 hiervor) unzweifelhaft Einschränkungen mit Krankheitswert zur Diskussion stehen. Nachdem die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Antrags sodann Kenntnis von den Versicherungsbedingungen hatte (vgl. ihre diesbezügliche Bestätigung auf S. 9 des Formulars "Antrags- und Gesundheitsfragen"), musste sie unter "Krankheit" nach Treu und Glauben nur Beeinträchtigungen im Sinne der Definition des Krankheitsbegriffs gemäss den ZB (E. 3.2.1 hiervor) verstehen. Indem die Vorinstanz den Umfang der Anzeigepflicht losgelöst von diesem Verständnis geprüft hat (vorinstanzliche Erwägungen 5.4 S. 12 f.), hat sie Recht verletzt (vgl. E. 3.2.2 hiervor), weshalb bereits gestützt darauf nicht auf die entsprechende Würdigung abgestellt werden kann.

Nachfolgend ist daher neu zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin mit Blick auf das Verständnis, das sie in guten Treuen von "gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge Krankheit" "der Psyche" gemäss Gesundheitsfrage 9 haben durfte respektive musste, die Frage hätte bejahen müssen. Dabei ist der Begriff "Krankheit" im Sinne der Definition in den ZB zu verstehen.

4.2.2. Es stellt sich somit die Frage, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Versicherungsantrags am 17. Juli 2014 von einer bei ihr bestehenden oder bestandenen psychischen Beeinträchtigung ausgehen musste, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erforderte oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (vgl. E. 3.2.1 und 4 hiervor).

Seitens der IV wurde eine seit Oktober 2020 eingeschränkte Leistungsfähigkeit festgehalten (Verfügung der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 4. September 2023). Den medizinischen Akten (Art. 105 Abs. 2 BGG) sind sodann keine Hinweise auf eine vor diesem Zeitpunkt bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, insbesondere nicht für den Zeitraum vor Antragsstellung im Juli 2014. Weiter sind gemäss unbestrittener vorinstanzlicher Feststellung keine echtzeitlichen medizinischen Berichte aktenkundig, die eine psychiatrische Behandlung vor dem am 17. Juli 2014 unterzeichneten Antrag zum Abschluss der Vorsorgeversicherung belegen (vorinstanzliche Erwägung 5.3 S. 12). Anhaltspunkte für eine psychiatrische Untersuchung vor diesem Zeitpunkt bestehen mit Blick auf die Akten ebenfalls nicht. Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Versicherungsantrags weder psychiatrisch behandelt noch untersucht worden war und dass bis dahin auch keine relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen eingetreten war. Die Frage nach einer vergangenen "gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge Krankheit" "der Psyche" durfte sie damit ohne Weiteres verneinen.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass eine Arbeitsunfähigkeit erst Jahre nach Unterzeichnung des Versicherungsantrags dokumentiert ist und der Besuch eines Psychiaters gemäss den von der Vorinstanz zitierten Arztberichten erstmals 2018 erfolgt ist (vorinstanzliche Erwägung 4.2 S. 9), ist auch nicht von einem hohen Leidensdruck im vorliegend relevanten Zeitpunkt des Antrags im Juli 2014 auszugehen - allfällige Beeinträchtigungen zeitigten vielmehr offensichtlich noch über Jahre hinweg keine relevanten Auswirkungen. Bei dieser Sachlage durfte die Beschwerdeführerin daher auch im Zeitpunkt des Antrags davon ausgehen, nicht an einer "gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge Krankheit" "der Psyche" im Sinne der Gesundheitsfrage 9 zu leiden.

Diese Schlussfolgerungen rechtfertigen sich umso mehr, als mit Blick auf die Ausführungen in den von der Vorinstanz zitierten Arztberichten auf lange vor der Unterzeichnung des Antrags bestehende, erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren zu schliessen ist. Die Belastungen wurden seitens der behandelnden Fachärzte wiederholt als "chronisch" beschrieben (Bericht der Klinik B. _____ vom 16. März 2021, vorinstanzliche Erwägung 4.2 S. 8 f.; Bericht von med. pract. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Fachpsychologin D. _____ vom 17. Dezember 2021, vorinstanzliche Erwägung 4.3.1 S. 9). Dass solche Dauerbelastungen psychische Folgen zeitigen können, ist nachvollziehbar. Daraus musste die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt ihres Versicherungsantrages im Juli 2014 jedoch (noch) nicht auf eine psychische Störung mit Krankheitswert im Sinne der Definition gemäss den ZB schliessen.

Vielmehr durfte sie die Beeinträchtigungen in guten Treuen als Reaktion auf ihre Dauerbelastungen ansehen.

Im Zusammenhang mit der seitens der Vorinstanz festgestellten Essstörung (Bulimia nervosa) weist die Beschwerdeführerin schliesslich zu Recht auf den Bericht der Klinik B. _____ vom 16. März 2021 hin, gemäss welchem sie sich nach einer Ernährungsumstellung nicht mehr erbrach (vgl. vorinstanzliche Erwägung 4.2 S. 9). Mit Blick hierauf muss die Diagnose zumindest in Zweifel gezogen werden.

4.2.3. Im Übrigen bleibt auf Folgendes hinzuweisen: Wie zu Recht gerügt, ist die Schlussfolgerung des kantonalen Gerichts, wonach es "nicht plausibel" sei, dass im Zeitraum vor der Antragsstellung keine psychische (depressive) Symptomatik mit Krankheitswert vorgelegen habe (vorinstanzliche Erwägung 5.4 S. 12), mit Blick auf die zugrunde gelegten medizinischen Berichte nicht schlüssig und damit unhaltbar: Zwar erscheint fraglich, von welchem Beweismass die Vorinstanz hier ausging. Dies kann jedoch mit Blick auf das Nachfolgende offen gelassen werden. Vorab liegen keine echtzeitlichen Arztberichte vor, welche die Schlussfolgerung der Vorinstanz untermauern. Die Jahre nach dem Antrag erstellten (Fach-) Berichte beruhen sodann einzig auf den Angaben der Beschwerdeführerin, welche sie in dekompensiertem Zustand gemacht hat. Diese Angaben können mit Blick auf den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt ihrer Aussagen und den Zeitablauf nicht als besonders zuverlässig eingeschätzt werden. Hervorzuheben ist sodann auch an dieser Stelle, dass in den Berichten auf erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren im relevanten Zeitraum hingewiesen wird. Damit ist es in einer Gesamtschau zwar möglich, dass die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin bereits bei der Unterzeichnung des Antrags ein krankheitswertiges Ausmass erreicht hatten. Ebenso möglich ist jedoch, dass sie damals (noch) als reaktiv zu den chronischen psychosozialen Belastungsfaktoren beurteilt worden wären. Hinsichtlich der Bulimia nervosa ist schliesslich auf das hiervor Ausgeführte zu verweisen, wonach diese Diagnose in Zweifel gezogen werden muss (E. 4.2.2 hiervor). Es wäre somit von einer Beweislosigkeit hinsichtlich einer psychischen Symptomatik mit Krankheitswert auszugehen, die zu Lasten der Beschwerdegegnerin ginge (E. 3.2.3 hiervor).

5. Kann der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten eine Anzeigepflichtverletzung nicht vorgeworfen werden, ist die Beschwerdegegnerin zu Unrecht vom Lebensversicherungsvertrag zurückgetreten. Die Beschwerdeführerin hat im Klageverfahren die Ausrichtung einer konkret bezifferbaren Rente sowie Prämienbefreiung, je ab einem bestimmten Zeitpunkt beantragt. Die Vorinstanz hat sich dazu - gestützt auf ihre damalige Rechtsauffassung konsequenterweise - nicht weiter geäussert. Diesbezüglich ist die Sache unter Aufhebung des kantonalen Urteils an die Vorinstanz zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

6. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Entscheidung mit offenem Ausgang gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten sowie der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen im Sinne von Art. 66 Abs. 1 und Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG (**BGE 141 V 281** E. 11.1). Entsprechend sind die Gerichtskosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Diese hat der Beschwerdeführerin überdies eine Parteientschädigung auszurichten.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

- 1.** Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 15. Dezember 2023 aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
- 2.** Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.
- 3.** Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'800.- zu entschädigen.
- 4.** Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 11. November 2024

Im Namen der III. öffentlich-rechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Parrino

Die Gerichtsschreiberin: Nünlist