

Sozialversicherungsgericht

[IMAGE]

des Kantons Zürich
BV.2019.00082

III. Kammer

Sozialversicherungsrichter Gräub, Vorsitzender Sozialversicherungsrichterin Senn Ersatzrichterin
Tanner Imfeld Gerichtsschreiber Schetty

Urteil vom 3. August 2022

in Sachen

X.____

Kläger

vertreten durch Rechtsanwältin Nathalie Tuor

schadenanwaelte AG

Alderstrasse 40, Postfach, 8034 Zürich

gegen

Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG

Hauptsitz

Austrasse 46, Postfach, 8085 Zürich

Beklagte

Sachverhalt:

1. Der im Jahre 1971 geborene X.____ schloss am 29. November 1994 bei der Beklagten eine gebundene Vorsorgeversicherung nach BVV3 ab (Urk. 2/3); der entsprechende Fragebogen zum Versicherungsabschluss datiert vom 21. Oktober 1994 (Urk. 2/17). Im Zusammenhang mit einer bipolaren beziehungsweise akuten schizophreiformen psychotischen Störung meldete sich der Kläger am 18. März 2011 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/2). Nach erfolgten Abklärungen sprach diese dem Kläger mit Verfügung vom 29. Dezember 2011 und Wirkung ab 1. September 2011 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu (Urk. 11/38 und Urk. 11/31). Mit Verfügung vom 19. Dezember 2012

stellte die IV-Stelle die Invalidenrente per 1. Februar 2013 ein (Urk. 11/59). Aufgrund einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes meldete sich der Kläger am 1. Dezember 2015 erneut bei der IV-Stelle zur beruflichen Eingliederung an (Urk. 11/61); die beruflichen Massnahmen mussten im August 2017 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden und es wurde die Rentenprüfung in die Wege geleitet (Urk. 11/109 S. 5). Mit Verfügung vom 29. Dezember 2017 sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Wirkung ab 1. August 2017 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 11/126 und Urk. 11/118). Mit Schreiben vom 28. Mai 2018 trat die Beklagte vom Vertrag betreffend Säule 3a infolge Verletzung der Anzeigepflicht zurück (Urk. 2/16). Am 15. August 2018 unterzeichnete die Beklagte einen Verjährungseinredeverzicht, soweit die Verjährung noch nicht eingetreten war (Urk. 2/19).

2. Am 1. Oktober 2019 erhob die Vertreterin des Klägers Klage gegen die Beklagte mit den folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

- Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger hinsichtlich der Police Nr. «...» mit Wirkung ab dem 1. Juli 2011 eine Rente im Umfang von 40 % und mit Wirkung ab 1. November 2019 eine ganze Rente gemäss den jeweils gültigen Leistungsausweisen auszurichten, zuzüglich Zins von 5 % p.a ab jeweiligem Fälligkeitstag, frühestens ab 11. Juli 2018.

- Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger hinsichtlich der Police Nr. «...» mit Wirkung ab 31. Oktober 2009 Prämienbefreiungsleistungen im Umfang von 40 % und mit Wirkung ab 1. August 2017 Prämienbefreiungsleistungen im Umfang von 100 % gemäss den jeweils gültigen Leistungsausweisen auszurichten, zuzüglich Zins von 5 % p.a ab dem jeweiligen Fälligkeitstag, frühestens ab 11. Juli 2018; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

Mit Klageantwort vom 12. Dezember 2019 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage, eventualiter sei die Beklagte zu verpflichten, frühestens ab 15. August 2016 Leistungen zu erbringen; unter Kostenfolgen (Urk. 7).

Mit Verfügung vom 13. Dezember 2019 wurden die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung beigezogen (Urk. 9). Mit Replik vom 6. Mai 2020 modifizierte die Vertreterin des Klägers das Rechtsbegehren dahingehend, dass dem Kläger mit Wirkung ab 15. August 2016 eine ganze Rente sowie Prämienbefreiungsleistungen auszurichten seien (Urk. 15 S. 10). Mit Duplik vom 10. Juni 2020 modifizierte die Beklagte das Eventualbegehren dahingehend, dass frühestens per 1. Februar 2018 eine Rente geschuldet sei; eine Prämienbefreiung wäre erst ab 15. August 2017 möglich (Urk. 20 S. 4).

Mit Verfügung vom 18. August 2021 wurde bei Dr. med. Y. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein schriftlicher Bericht angefordert (Urk. 22); der entsprechende Bericht datiert vom 3. September 2021 (Urk. 25). Die Stellungnahmen zum genannten Bericht datieren vom 26. September 2021 sowie 20. Oktober 2021 (Urk. 29, Urk. 31). Der im Zuge der Stellungnahme von der Vertreterin des Klägers eingereichte ärztliche Bericht (Urk. 32) wurde der Beklagten mit Verfügung vom 23. November 2021 zugestellt (Urk. 36); diese verzichtete in der Folge auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 38).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Unbestritten ist vorliegend, dass der Kläger bei der Beklagten am 29. November 1994 eine

Vorsorgeversicherung der Säule 3a im Sinne von Art. 82 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV3) abgeschlossen hat. Soweit Rechte und Pflichten der Vertragspartner nicht in der Police, in allfälligen Nachträgen oder den Integral-Bedingungen geregelt sind, gilt dabei das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; Urk. 2/11 S. 1). Nachdem zu den strittigen Bereichen der Anzeigepflicht sowie der Anzeigepflichtverletzung keine vertraglichen Regelungen getroffen wurden, sind die entsprechenden Bestimmungen des VVG in der zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Fassung anwendbar.

1.2 Der Antragsteller hat dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschlusse bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Art. 4 Abs. 1 VVG in der bei Vertragsabschluss gültigen Fassung).

Erheblich sind diejenigen Gefahrentatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2).

Die Gefahrentatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3).

1.3 Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, 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 Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art. 6 Abs. 1 VVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 VVG).

2.

2.1 Die Vertreterin des Klägers führte in ihrer Klage vom 1. Oktober 2019 aus, dass die Beklagte zu Unrecht vom Versicherungsvertrag zurückgetreten sei, da keine Verletzung der Anzeigepflicht vorliege (Urk. 1 S. 5). In Bezug auf die psychischen Beeinträchtigungen habe erstmals im Jahr 2000 eine ärztliche Behandlung stattgefunden (S. 8). Im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses habe diesbezüglich keine Gesundheitsstörung bestanden, welcher der Kläger nach seinen Kenntnissen und Verhältnissen mit der ihm zumutbaren Sorgfalt hätte Krankheitscharakter beimessen müssen. Zu wesentlichen psychischen Beschwerden sei es erst im Jahr 2000 gekommen (S. 9). Die beim Vertragsabschluss aufgetretenen Verstimmungen seien als gesundheitliche Bagatellstörungen zu qualifizieren, für welche keine Anzeigepflicht bestehe; diese hätten den Kläger nicht dazu veranlasst, einen Arzt aufzusuchen, auch sei kein Leistungsabfall aufgetreten (S. 10). Weiter sei die Rücktrittserklärung inhaltlich ungenügend und damit nicht geeignet, gegenüber dem Kläger Rechtswirkung zu entfalten (S. 14). Dementsprechend sei ab 1. Juli 2011 von Leistungen bei einer Erwerbsunfähigkeit in der Höhe von 40 % auszugehen und mit Wirkung ab 1. August 2017 von einer ganzen Rente, nebst Prämienbefreiungsleistungen (S. 17).

2.2 Im Rahmen der Klageantwort führte die Beklagte aus, dass der Kläger in seiner

Erwerbsunfähigkeitsmeldung vom 24. April 2018 angegeben habe, seit seinem 18. Lebensjahr an einer schizoaffektiven/bipolaren Störung zu leiden (Urk. 7 S. 2 f.). Aus den medizinischen Akten sei zudem ersichtlich, dass es seit ca. 1990 3-6x jährlich zu depressiven Episoden gekommen sei mit einer Dauer von 1-2 Wochen. Zudem sei seit mindestens 1994 nicht mehr von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3). Die ab 1. September 2011 ausgerichtete Rente sei per 31. Dezember 2012 eingestellt worden und es sei erst wieder ab 1. Februar 2016 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 4). Sofern nicht von einer Anzeigepflichtverletzung auszugehen wäre, wäre frühestens ab 15. August 2016 von allfälligen Rentenleistungen sowie Prämienbefreiungen auszugehen (S. 6).

2.3 Im Rahmen der Replik vom 6. Mai 2020 modifizierte die Vertreterin des Klägers das Rechtsbegehren dahingehend, dass dem Kläger mit Wirkung ab 15. August 2016 eine ganze Rente sowie Prämienbefreiungsleistungen auszurichten seien (Urk. 15 S. 10). Aus den Akten seien keine echtzeitlichen Nachweise für das Bestehen einer psychischen Störung mit Krankheitswert im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ersichtlich; bei den von der Beklagten zitierten ärztlichen Berichten würde es sich um retrospektive Einschätzungen handeln (S. 4). Die Beklagte sei darauf zu behaften, dass spätestens ab dem 1. Februar 2016 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (S. 6). Die Aussage, dass der Kläger seit 1994 gesundheitsbedingt keiner Vollzeitbeschäftigung mehr nachgegangen sei, sei sachverhaltswidrig und nicht ausgewiesen (S. 7).

2.4 Die Beklagte führte im Rahmen der Duplik ergänzend aus, dass gemäss den IV-Akten per 1. Februar 2016 wieder von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Unter Berücksichtigung einer Verjährungsfrist von 2 Jahren für die Rentenleistungen sowie einem Jahr für die Prämienbefreiung sei unter Beachtung der Wartefristen frühestens per 1. Februar 2018 eine Rente geschuldet; eine Prämienbefreiung würde erst per 15. August 2017 möglich (Urk. 20 S. 4).

2.5 Auf die weiteren Eingaben der Parteien zu den nachträglich eingeholten und eingereichten ärztlichen Berichten ist – soweit notwendig – im Rahmen der Würdigung der ärztlichen Unterlagen einzugehen.

3.

3.1 Im Rahmen der Ergänzung zum Versicherungsantrag vom 21. Oktober 1994 beantwortete der Kläger die Fragen «Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Anomalien, Gebrechen?» sowie «Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?» mit nein. Weiter verneinte er die Fragen «Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 4 Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?» und «Wurden Sie in den letzten 5 Jahren behandelt oder beraten von Psychotherapeuten?» (Urk. 2/17 S. 2).

3.2 Am 18. März 2011 meldete sich der Kläger aufgrund einer bipolaren Störung sowie akuter schizophreniformer psychotischer Störungen bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Dabei gab er an, erste Anzeichen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen würden seit 1988 bestehen, seit 2000 stehe er in Behandlung (Urk. 11/2).

3.3 In seinem Bericht vom 11. Mai 2011 diagnostizierte Dr. Y. ___ eine schizoaffektive Störung (bipolar II), rapid cycling (ICD-10 F25.8) seit vor dem Jahr 2000. Der Kläger stehe bei ihm seit dem 29. April 2000 in Behandlung. Seit vor dem Jahr 2000 sei es 3-6x jährlich zu

depressiven Episoden gekommen mit Zweifel an allem und zeitweiser Suizidalität, bei einer Dauer der Episoden von ca. 1-2 Wochen (Urk. 11/13).

In seinem Bericht vom 17. Oktober 2011 präzisierte Dr. Y.____ seine Angaben zum Beginn der Erkrankung dahingehend, dass diese seit ca. 1990 bestehe. Die erste Konsultation habe am 29. April 2000 stattgefunden, vor ihm sei keine ärztliche Behandlung erfolgt (Urk. 8/3).

Mit Schreiben vom 1. März 2012 führte Dr. Y.____ aus, dass der Kläger seit 1994 nur zu 80 % arbeitsfähig sei, seit Juli 2009 noch zu 60 %. Er habe diverse Zeugnisse ausgestellt, diese hätten aber nur Arbeitsunfähigkeiten von jeweils wenigen Tagen betroffen (Urk. 8/4).

3.4 Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung, EM ca. 1989 (ICD-10 F31). Der Kläger stehe bei ihr seit dem 29. Februar 2012 in Behandlung (Urk. 11/64).

3.5 Dipl. Ärztin A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. Januar 2016 eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F31). Der Kläger stehe bei ihr seit Februar 2012 in Behandlung. Anamnestischen Angaben zufolge sei die Erkrankung in einem Alter von 18 Jahren aufgetreten mit nachfolgender intensiver psychiatrischer Behandlung inklusive Pharmakotherapie (Urk. 11/67; vgl. auch Bericht vom 4. September 2017, Urk. 11/107).

3.6 Mit Schreiben vom 3. September 2021 verwies Dr. Y.____ auf seine Berichte vom 11. Mai 2011, 17. Oktober 2011 sowie 1. März 2012 (vgl. E. 3.3). Aufgrund dieser Angaben müsse er davon ausgehen, dass die Krankheit schon vor dem 29. November 1994 bestanden habe, was auch die Angabe des Klägers, dass er 1988 erste Anzeichen der gesundheitlichen Beeinträchtigung festgestellt habe, bestätige (Urk. 25).

3.7 In ihrem Bericht vom 10. Oktober 2021 führte dipl. Ärztin A.____ aus, dass Patienten mit einer bipolaren Erkrankung sich anfangs nicht krank fühlen würden, sondern Schwankungen im Befinden hätten, mal schlechtere, mal bessere Tage. Es sei anfangs oft noch keine Krankheitseinsicht da, zumal die Erkrankung phasenweise verlaufe und sich die Phasen erst im weiteren zeitlichen Verlauf verstärken und immer sichtbarer würden. Die Erkrankung sei im Anfangsstadium schwer zu erkennen, aber im Nachhinein einfach einzuordnen. Die Rückschau sei geprägt durch die Erfahrung des Behandlers. Dies erkläre, warum der Kläger seit dem 18. Lebensjahr rückwirkend evaluiert Symptome zu haben scheine und sich aber erst im Jahr 2000 in fachärztliche Behandlung begeben habe. Davon sei klar die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugrenzen, welche rückwirkend nur hypothetisch und vage eingeschätzt werden könne, da es immer auch andere, nicht-krankheitsbedingte Gründe für eine Teilzeitarbeit gebe.

In seinem Bericht vom 3. September 2021 begründe Dr. Y.____ seine Einschätzungen nicht. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso der Kläger aufgrund der psychischen Erkrankung seit 1994 keine Vollzeittätigkeit mehr habe ausüben können, zumal keine echtzeitlichen ärztlichen Unterlagen vorliegen würden; auch würden die genauen anamnestischen Daten zur Vergangenheit fehlen (Urk. 32).

4.

4.1 Zu prüfen ist vorliegend zunächst, ob von einer Verletzung der Anzeigepflicht auszugehen

ist. Dazu wäre es notwendig, dass der Kläger im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder hätte kennen müssen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat.

Nachdem der Kläger erstmals am 29. April 2000 in fachärztlicher Behandlung gestanden hat, liegen für den Zeitraum Oktober/November 1994 keine echtzeitlichen ärztlichen Berichte vor. Mit Ausnahme des Berichts vom 10. Oktober 2021 von dipl. Ärztin A. ___ äussern sich dabei alle involvierten Fachpersonen zur Frage, zu welchem Zeitpunkt bei einer rückwirkenden Betrachtung die Erkrankung eingetreten ist. Dies stellt vorliegend aber nicht die zentrale Frage der Anspruchsprüfung dar, da allein massgebend ist, was der Kläger im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses hätte erkennen müssen. Auch wenn damit der Beginn der Erkrankung aus heutiger Sicht wohl vor November 1994 festgemacht werden kann, führt dies nicht zu einer Bejahung der Anzeigepflichtverletzung. So legte dipl. Ärztin A. ___ in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2021 in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die vorliegende Erkrankung im Anfangsstadium eben schwer zu erkennen, aber im Nachhinein einfach einzuordnen ist. Dies wird vorliegend durch die Tatsache bestätigt, dass sich der Kläger erst mehr als fünf Jahre nach dem Vertragsabschluss in fachärztliche Behandlung begeben hat.

Weiter weist dipl. Ärztin A. ___ in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2021 zutreffend darauf hin, dass das Schreiben von Dr. Y. ___ vom 3. September 2021 unbegründet und nicht nachvollziehbar ist. Dr. Y. ___ beschränkt sich dabei auf eine Wiedergabe seiner bereits in den Berichten vom 11. Mai 2011, 17. Oktober 2011 sowie 1. März 2012 getroffenen Einschätzungen, weiter ist auch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unklar, von welchen echtzeitlichen Angaben er ausging, zumal keine echtzeitlichen ärztlichen Unterlagen vorhanden sind. Für die Beurteilung der allein massgebenden Frage, was der Kläger im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bezüglich der nunmehr diagnostizierten psychischen Erkrankung hätte wissen können, ist dem Bericht nichts zu entnehmen, sodass er für die Beurteilung des vorliegenden Verfahrens unbeachtlich bleibt. Bei dieser Sachlage erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den formellen und materiellen Einwänden der Vertreterin des Klägers in ihrer Eingabe vom 20. Oktober 2021 (Urk. 31).

4.2 Auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit im November 1994 – welche allenfalls ein Indiz für das Vorliegen einer anzeigepflichtigen Erkrankung hätte sein können – ist zunächst darauf hinzuweisen, dass keine echtzeitlich attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vorliegt. Vor diesem Hintergrund hat der Kläger die Frage E.6 in der Ergänzung zum Versicherungsantrag (Urk. 2/17) betreffend Behandlung oder Beratung von Psychotherapeuten zweifelsohne richtig beantwortet. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit ist weiter anzumerken, dass der Kläger in den Jahren 1992 bis 1994 – neben einer Nebentätigkeit als Taxichauffeur (Urk. 11/10 S. 2) – eine Aus-/Weiterbildung absolvierte (Urk. 11/1/4 und Urk. 11/1/10). Bei dieser Ausgangslage kann ohne echtzeitliche medizinische Unterlagen nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen geschlossen werden. Zum einen kann bei einer Aus-/Weiterbildung der genaue zeitliche Aufwand nicht exakt bestimmt werden, zum andern wies dipl. Ärztin A. ___ zu Recht darauf hin, dass es – gerade auch in einer Phase der beruflichen Veränderung – nicht-krankheitsbedingte Gründe für eine Teilzeitarbeit gibt.

Auch aus der weiteren Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der Zeit nach Aufnahme der fachärztlichen Behandlung kann nicht auf eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit für die Zeit im Herbst 1994 geschlossen werden. So war der Kläger trotz der unbestrittenermassen eingetretenen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation – welche nunmehr auch eine

fachärztliche Behandlung erforderte – bis Juli 2009 in der Lage, ein 80%-Pensum zu absolvieren (vgl. auch IK-Auszug der Jahre 2003 bis 2009, Urk. 11/10). Selbst Dr. Y. ___ führte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2011 aus, dass es seit Jahren immer wieder zu Arbeitsunfähigkeiten von nur wenigen Tagen gekommen sei (vgl. Urk. 8/3, Urk. 8/4). Vor diesem Hintergrund erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass der Kläger im November 1994 grundsätzlich von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit seinerseits ausgehen durfte. Dies umso mehr, als die entsprechende Frage in der Ergänzung zum Versicherungsantrag nur Arbeitsunfähigkeiten von mehr als vier Wochen betraf (vgl. E. 3, Urk. 2/17).

4.3 Zuletzt ist bezüglich der einleitenden Fragen «Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen, Anomalien, Gebrechen?» sowie «Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?» (vgl. D.2, Urk. 2/17) anzumerken, dass die Präzision der Fragestellung von Bedeutung ist. So führte das Bundesgericht in BGE 134 III 511 E. 5.2.1 aus, dass die Frage «Bestanden in den letzten 5 Jahren jemals Krankheiten ...?» sehr umfassend und weit formuliert sei. Was unter «Krankheiten» zu verstehen sei (vorübergehende Erkrankungen üblicher Art, Krankheiten mit oder ohne Arbeitsunfähigkeit), gehe daraus nicht hervor. Bei solch offengehaltenen Fragen sei eine Anzeigepflichtverletzung nach der Rechtsprechung zu Art. 6 VVG (in der bis Ende 2005 gültigen Fassung) nur restriktiv anzunehmen.

Die Fragen gemäss Ziffer D.2 des Fragebogens sind mit der in BGE 134 III 511 erwähnten obzitierten Fragestellung vergleichbar und ebenfalls sehr offen gehalten. Eine Anzeigepflichtverletzung könnte dabei nur sehr zurückhaltend angenommen werden.

4.4 In einer Würdigung der vorliegenden Umstände kann dem Kläger keine Verletzung der Anzeigepflicht vorgeworfen werden. Ein Rücktritt vom abgeschlossenen Versicherungsvertrag ist damit nicht zulässig, vielmehr sind die vertraglichen Leistungen grundsätzlich geschuldet.

5.

5.1 Die Beklagte unterzeichnete am 15. August 2018 einen Verjährungseinredeverzicht, soweit die Verjährung noch nicht eingetreten war (Urk. 2/19). Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet (Art. 46 VVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung). Aufgrund der Verjährung ergibt sich dabei eine frühestmögliche Leistungspflicht per 15. August 2016.

Von der Beklagten wird anerkannt, dass ab dem 1. Februar 2016 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist (Beginn der Wartefrist per 1. Februar 2016, Urk. 20 S. 4). Zwar führte die IV-Stelle in dieser Zeit noch Eingliederungsmassnahmen durch (Urk. 11/109 S. 1). Aus der RAD-Stellungnahme vom 6. November 2017 kann aber bei einer retrospektiven Einschätzung der Sachlage überwiegend wahrscheinlich auf einen Beginn der Arbeitsunfähigkeit per 1. Februar 2016 geschlossen werden (S. 5).

Nach Ablauf der Wartefrist gemäss der Police (24 Monate, Urk. 2/3-10) führt dies – bei einem Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung ab 1. August 2017 – zu einem Rentenbeginn per 1. Februar 2018.

5.2 Bezüglich der Prämienbefreiung liegt keine eigentliche Forderung aus dem Versicherungsvertrag vor, vielmehr ist die Beklagte im Umfang der zu viel erbrachten

Prämienleistungen ungerechtfertigt bereichert. Die Verjährung der entsprechenden Ansprüche tritt dementsprechend in einem Jahr ein (Art. 67 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts [OR] in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung). Unter Berücksichtigung der anerkannten Auslösung der Wartefrist per 1. Februar 2016 und einer Wartefrist von 3 Monaten führt dies zu einer Prämienbefreiung ab 15. August 2017 (vgl. auch Urk. 20 S. 4).

6.

6.1 Die Verzugszinspflicht für fällige Invalidenrenten richtet sich sowohl im Bereich der obligatorischen als auch der überobligatorischen Berufsvorsorge nach den obligationenrechtlichen Regeln von Art. 102 ff. OR, sofern eine diesbezügliche reglementarische Regelung – wie hier – fehlt. Massgebend ist namentlich die Bestimmung von Art. 105 Abs. 1 OR (BGE 119 V 131 E. 4c S. 135). Danach hat ein Schuldner, der u.a. mit der «Entrichtung von Renten» im Verzuge ist, erst vom Tage der Anhebung der Betreuung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinsen zu bezahlen. Der Grund für die in dieser Bestimmung statuierte Abweichung von der allgemeinen Regel von Art. 102 Abs. 1 OR, wonach die Verzugszinspflicht mit der Mahnung des Schuldners ausgelöst wird, liegt darin, dass Renten an sich für den Unterhalt und nicht als zinstragende Geldanlage verwendet werden. Der Zinsenlauf auf Renten soll auch nicht unüberblickbar werden (Rolf H. Weber, Berner Kommentar, N 10 zu Art. 105 OR).

6.2 Die Verzugszinsregel von Art. 105 Abs. 1 OR ist auf die von der Beklagten geschuldeten Rentenleistungen anwendbar, wobei sich ein Verzugszins in der Höhe von 5 % ab der Klageerhebung am 1. Oktober 2019 ergibt. Für die Befreiung von den Prämienleistungen ist ein Verzugszins von vornherein nicht geschuldet, handelt es sich dabei doch nicht um einen Auszahlungsanspruch des Klägers, sondern lediglich um eine buchhalterische Anrechnung auf seinem Konto per Valuta des jeweiligen Jahres. Sollte der Kläger die Prämien ab 15. August 2017 effektiv entrichtet haben, stellt sich die Frage der ungerechtfertigten Bereicherung der Beklagten und damit eines allfälligen Rückforderungsanspruches. Solches wurde nicht eingeklagt und bildet nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

6.3 Zusammenfassend ist die Beklagte demnach zu verpflichten, dem Kläger ab 1. Februar 2018 eine Rente bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit auszurichten, zuzüglich Zins von 5 % ab 1. Oktober 2019 für die bis dahin fällig gewordenen Leistungen und für die übrigen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum. Die genaue ziffernmässige Berechnung der einzelnen Rentenbeträge ist der Beklagten zu überlassen (wogegen im Streitfalle wiederum eine Klage zulässig wäre; vgl. BGE 129 V 450).

Weiter ist festzustellen, dass der Kläger für die Zeit ab 15. August 2017 von der Bezahlung von Prämienleistungen befreit ist.

7. Der vertretene Kläger hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und seinem teilweisen Obsiegen (vgl. § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger ab

1. Februar 2018 eine Rente bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit auszurichten, zuzüglich Zins von 5 % ab 1. Oktober 2019 für die bis dahin fällig gewordenen Leistungen und für die übrigen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum. Weiter wird festgestellt, dass der Kläger für die Zeit ab 15. August 2017 von der Bezahlung von Prämienleistungen befreit ist.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
5. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Nathalie Tuor
 - Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). 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, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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

Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber

GräubSchetty