

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



II 2020 88

Urteil vom 18. März 2021

Besetzung

lic.iur. Achilles Humbel, Präsident
Dr.oec Andreas Risi, Richter
Dr.iur Frank Lampert, Richter
MLaw Tanja Marty, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

1. A. _____,
2. B. _____,
Kläger,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. C. _____,
gegen
D. _____,
Beklagte,

Gegenstand

Versicherungsvertrag (Krankenversicherung: VVG-Produkte)

Sachverhalt:

A. Am 12. November 2014 unterzeichneten A._____ und B._____ je einen "Versicherungsantrag VVG E._____: Zusatzversicherungen" bei der D._____ (nachfolgend: D._____) mit Beginn ab 1. Januar 2015 und einer Mindestlaufzeit von fünf Jahren (vgl. Beklag-act. 2). Ebenso stellten sie einen Versicherungsantrag für ihr werdendes Kind (F._____, geboren am __2015).

B. Mit Schreiben vom 8. Mai 2017 kündeten A._____ und B._____ "alle Grund- sowie Zusatzversicherungen" bei der D._____ per 31. Dezember 2017. Aufgrund der Mindestlaufzeit der Zusatzversicherungen (in casu bis 31.12.2019) wurde die D._____ "im Sinne eines Entgegenkommens" darum gebeten, die Kündigung der Zusatzversicherungen ebenfalls per 31. Dezember 2017 zu akzeptieren, auch wenn keine Prämienerrhöhung per 1. Januar 2018 vorgesehen sei (vgl. Kläg-act. 4).

C. Mit Schreiben vom 18. Mai 2017 bestätigte die D._____ die Kündigungen für die Versicherungen nach KVG per 31. Dezember 2017 sowie für die Versicherungen nach VVG (G._____, H._____ [je alle drei Personen], Spitalversicherung I._____ [B._____] bzw. J._____ [F._____] bzw. K._____ [A._____] per 31. Dezember 2019 unter Hinweis auf die den Schreiben beiliegenden Kündigungsbedingungen (vgl. Kläg-act. 5; Beklag-act. 4).

D. Im Jahr 2018 wurde bei A._____ eine "schubförmig remittierenden Multiple Sklerose" diagnostiziert (vgl. Kläg-act. 12).

E. Mit Schreiben vom 11. Juni 2018 zog A._____ die Kündigung der Zusatzversicherungen (G._____, H._____, Spitalversicherung I._____ bzw. J._____ bzw. K._____) vom 8. Mai 2017 zurück (vgl. Beklag-act. 6).

F. Ab dem 1. Januar 2020 verweigerte die D._____, A._____ Leistungen aus der Zusatzversicherung zu erbringen (vgl. Kläg-act. 15).

G. Am 24. September 2020 (Postaufgabe am gleichen Tag) erheben A._____ und B._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Klage gegen die D._____ mit folgenden Rechtsbegehren (vgl. VG-act. 1 S. 2):

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, A._____
 - 1.1. CHF 105.00, zuzüglich Zins zu 5% seit 28.02.2020;
 - 1.2. CHF 105.00, zuzüglich Zins zu 5% seit 30.03.2020;
 - 1.3. CHF 105.00, zuzüglich Zins zu 5% seit 29.06.2020;
 - 1.4. CHF 165.00, zuzüglich Zins zu 5% seit 29.06.2020;zu bezahlen;

2. Der Rücktritt per 31.12.2019 der Beklagten betreffend die Policen-Nr. 20000178 (A._____) und 20000179 (B._____) sei für ungültig zu erklären;
3. Die Beklagte sei zu verpflichten, den Klägern aus den je sie betreffenden Policen-Nr. 20000178 (A._____) und 20000179 (B._____), Stand 31.12.2019, weiterhin Leistungen zu erbringen, eventualiter zumindest nach VVG;
4. Eventualiter sei festzustellen, dass die Policen-Nr. 20000178 (A._____) und 20000179 (B._____), Stand per 31.12.2019, weiterhin gültig sind und als ungekündigt gelten, zumindest und eventualiter aber nach VVG wie folgt:
 - 4.1 A._____ (Policen-Nr. 20000178), Stand 31.12.2019 (VVG):
 - a. G._____ (VVG)
 - b. H._____ (VVG)
 - c. Spital K._____ (VVG)
 - d. eventualiter je die entsprechenden Nachfolgeprodukte der Beklagten;
 - 4.2 B._____ (Policen-Nr. 20000179), Stand 31.12.2019 (VVG):
 - a. G._____ (VVG)
 - b. H._____ (VVG)
 - c. Spital I._____ (VVG)
 - d. eventualiter je die entsprechenden Nachfolgeprodukte der Beklagten;
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWST zu Lasten der Beklagten.

In der Klagebegründung (S. 5 Ziff. 13) wird festgehalten, dass die Kläger die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der Beklagten weiterführten; eingeklagt würden nur die VVG-Produkte.

H. Mit der Klageantwort vom 16. November 2020 stellt die Beklagte folgende Rechtsbegehren (vgl. VG-act. 2 S. 2):

1. Die Klage vom 24. September 2020 sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Auf sämtliche Begehren der Kläger, die sich nicht auf die Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) beziehen sei nicht einzutreten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Kläger.

I. Mit Replik vom 18. Dezember 2020 (Postaufgabe am gleichen Tag) halten die Kläger an den Rechtsbegehren der Klage vom 24. September 2020 fest (vgl. VG-act. 10 S. 2).

J. Mit Duplik vom 12. Januar 2021 (Postaufgabe am gleichen Tag) hält die Beklagte an den Rechtsbegehren und Ausführungen in der Klageantwort vom 16. November 2020 fest, bestreitet sämtliche Vorbringen der Kläger und nimmt auf die Replik vom 18. Dezember 2020 Stellung (vgl. VG-act. 12).

K. Mit Verweis auf den zweifachen Schriftenwechsel und den Vorbehalt der Gewährung des rechtlichen Gehörs im weiteren Verfahrenslauf teilte das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz den Parteien am 13. Januar 2021 mit, ohne ausdrücklichen Widerspruch bis spätestens 25. Januar 2021 behalte sich das Gericht vor, bei Spruchreife ohne Durchführung einer mündlichen Hauptverhandlung in der Sache selbst direkt zu entscheiden. Die Kläger wie die Beklagte erklärten mit E-Mail vom 28. Januar 2021 bzw. 26. Januar 2021 ihren Verzicht auf eine mündliche Hauptverhandlung.

L. Mit Eingabe vom 29. Januar 2021 nehmen die Kläger Stellung zur Duplik der Beklagten vom 12. Januar 2021. Die Beklagte erklärt mit E-Mail vom 23. Februar 2021 ihren Verzicht auf eine erneute Stellungnahme.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) vom 2. April 1908. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (vgl. BGE 142 V 448 Erw. 4.1; 138 III 2 Erw. 1.1; Urteil BGer 4A_110/2017 vom 27.7.2017 Erw. 3).

1.1.2 Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) vom 19. Dezember 2008 i.V.m. Art. 1 lit. A ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Der kantonale Gesetzgeber hat in § 24 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGzKVG; SRSZ 361.100) vom 19. September 2007 das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht bezeichnet. Es ist gemäss § 24 Abs. 2 EGzKVG auch für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig, ohne dass vorher ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (vgl. BGE 138 III 558 Erw. 4). Das Beibringen einer gültigen Klagebewilligung der Schlichtungsbehörde nach Art. 209 ZPO entfällt somit (vgl. BGE 139 III 273 Erw. 2.1).

1.1.3 Die Versicherer müssen ihre Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder des Versicherungsnehmers erfüllen. Der Gerichtsstand richtet sich nach der Schweizerischen Zivilprozess-

ordnung (Art. 46a VVG). Unabhängig davon, ob der vorliegende Zusatzversicherungsvertrag als Konsumentenvertrag (Art. 32 ZPO) gilt oder unter die Grundsatze regel betreffend die örtliche Zuständigkeit für Klagen aus Vertrag (Art. 31 ZPO, wonach als Gerichtsstand u.a. der Ort der charakteristischen Leistung in Frage kommt) fällt, kann die Klage am Wohnsitz des Klägers erhoben werden. Auch Art. 37 Abs. 2 AVB der L. _____ (Allgemeine Versicherungsbedingungen [AVB] Kundeninformation gemäss VVG; Ausgabe 2007) der Beklagten sieht bei Vertragsstreitigkeiten als Gerichtsstand Luzern oder den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person vor (vgl. Kläg-act. 2 S. 8).

Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz als Wohnsitzkanton der Kläger als Versicherungsnehmer zur Beurteilung der vorliegenden Klage ist somit gegeben und auch unbestritten. Auch die übrigen Prozessvoraussetzungen sind unbestrittenermassen gegeben, weshalb auf die Klage einzutreten ist.

1.2 Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO; sog. soziale oder auch eingeschränkte Untersuchungsmaxime, vgl. Urteil BGer 5A_2/2013 vom 6.3.2013 Erw. 4.2). Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidewesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Das Gericht ist im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO lediglich einer erhöhten Fragepflicht unterworfen. Die Parteien tragen auch im Bereich der Untersuchungsmaxime die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. 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. Botschaft zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, BBI 2006 S. 7221 ff. S. 7348; BGE 141 III 569 Erw. 2.3; Urteil BGer 4A_702/2016 vom 23.3.2017 Erw. 3.1). Das Gericht hat sich allerdings über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen (Urteil BGer 4A_360/2015 vom 12.11.2015 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

1.3.1 Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) vom 10. Dezember 1907 hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, 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 zu beweisen, 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 141 III 241 Erw. 3.1; 130 III 321 Erw. 3.1). Einreden sind von der Partei zu beweisen, die sie geltend macht (vgl. BGE 138 III 620 Erw. 5.1.1). Diese Grundregeln gelten auch im Bereich des Versicherungsvertrags (BGE 130 III 321 Erw. 3.1). Nach diesen Grundsätzen ist der Eintritt des Versicherungsfalls vom Anspruchsberechtigten zu beweisen. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; 130 III 321 Erw. 3.1; Marcel Süsskind, in: Basler Kommentar VVG, Nachführungsband, 2012, ad N 57 zu Art. 14 VVG mit Hinweisen). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen also je ihr eigenes Beweisthema (BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Bundesgerichtsurteil 4A_382/2014 vom 3.3.2014 Erw. 5.3 mit Hinweis).

1.3.2 Ein Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen.

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.3; Urteile BGer 4A_516/2014 vom 11.3.2015 Erw. 4.1; 4A_186/2009 vom 3.3.2010 Erw. 6.2.1).

1.3.3 Die Beweislastverteilung regelt die Folgen der Beweislosigkeit. Gelangt ein Gericht dagegen in Würdigung der Beweise zum Schluss, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos. Tatsächliche Vermutungen lassen den Schluss auf das Vorhandensein oder

das Fehlen bestimmter Tatsachen zu und bilden Teil der Beweiswürdigung (vgl. BGE 141 III 241 Erw. 3.2 m.H.a. BGE 138 III 359 Erw. 6.3; BGE 135 II 161 Erw. 3; BGE 134 III 235 Erw. 4.3.4).

1.4.1 Die Zusatzversicherungen, welche der vorliegenden Klage zugrunde liegen, richten sich nach VVG. Dieses enthält keine spezifischen Bestimmungen hinsichtlich diesen Zusatzversicherungen. Es ist deshalb grundsätzlich auf die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien abzustellen (BGE 133 III 185 Erw. 2).

1.4.2 Die inhaltliche Übereinstimmung (Konsens) der Willenserklärungen liegt vor, wenn die Parteien ihren Geschäftswillen subjektiv übereinstimmend verstanden haben (sog. tatsächlicher, innerer oder natürlicher Konsens), und zwar unabhängig davon, ob die gewählte Ausdrucksweise korrekt ist oder nicht (vgl. Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR; SR 220] vom 30. März 1911; BGE 105 II 16 Erw. 3.a). Haben sich die Parteien nicht tatsächlich verstanden, so muss der objektive Sinn ihrer Willenserklärungen so ausgelegt werden, wie sie jeder Vertragspartner als vernünftiger und korrekter Erklärungsempfänger unter den gegebenen Umständen in guten Treuen verstehen durfte bzw. musste (Vertrauensprinzip; vgl. statt vieler: BGE 141 V 127 Erw. .1; BGE 138 III 659 Erw. 4.2.1; grundlegend BGE 131 III 606 Erw. 4.1). Steht eine tatsächliche Willensübereinstimmung fest, bleibt für eine Auslegung nach dem Vertrauensprinzip kein Raum. Diese Regeln sind nicht nur für den Vertragsabschluss massgebend, sondern auch für die Frage des Fortbestands eines Vertrags (zum Ganzen vgl. Kren Kostkiewicz, in: Kommentar OR, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 1 N 4 mit zahlreichen Hinweisen).

In casu verweisen die Versicherungspolizen der Zusatzversicherungen auf die AVB und Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB). Solche Klauseln sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 142 III 671 Erw. 3.3 mit Verweisen).

1.4.3 Die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen wird durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht

des Zustimmungen im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Die Ungewöhnlichkeitsregel kommt jedoch nur dann zur Anwendung, wenn neben der subjektiven Voraussetzung des Fehlens von Branchenerfahrung die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 138 III 411 Erw. 3.1; Urteil BGer 4A_238/2019 vom 2.12.2019 Erw. 3.3). Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (BGE 138 III 411 Erw. 3.1 mit Hinweis). Laut Urteil BGer 4A_499/2018 vom 10. Dezember 2018 (Erw. 3.3.2) ist die Ungewöhnlichkeitsregel ein Instrument der Konsenslehre, welche das Vertrauensprinzip konkretisiert und den Schutz von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr bezweckt.

1.5 Das Kündigungsrecht ist ein Gestaltungsrecht, welches durch ein einseitiges Rechtsgeschäft ausgeübt wird (BGE 133 III 360 Erw. 8.1.1; 128 III 129 Erw. 2a; 113 II 259 Erw. 2a, je mit weiteren Hinweisen). Es handelt sich um die Befugnis jeder Partei, das Vertragsverhältnis durch eine einseitige Willenserklärung aufzulösen, wenn die gesetzlichen Erfordernisse erfüllt sind. Die Erklärung bedarf keiner besonderer Form, sie ist aber stets empfangsbedürftig (BGE 113 II 259 Erw. 2a). Weil mit der Kündigung das Rechtsverhältnis einseitig umgestaltet wird, ist sie grundsätzlich bedingungsfeindlich und unwiderruflich. Bedingungen sind nur zulässig, soweit deren Eintritt ausschliesslich vom Willen des Gekündigten abhängt, so dass sich dieser nicht in einer unsicheren Lage befindet (BGE 128 III 129 Erw. 2a). Das Kündigungsrecht ist folglich ein (rechts-) aufhebendes Gestaltungsrecht, da ein Rechtsverhältnis inhaltlich aufgehoben wird, ohne dass dazu die Zustimmung der Gegenpartei erforderlich wäre (Mohasseb/ von der Crone, Widerrufbarkeit von Gestaltungsrechten, Bundesgerichtsurteil 4A_306/2018 vom 29. Januar 2019, in: SZW/ RSDA 2019, S. 429 f.; BGE 128 III 70 Erw. 2). Grundsätzlich sind Gestaltungsrechte auch nach Auffassung des Bundesgerichts unwiderruflich (BGE 123 III 16 Erw. 4b; 109 II 319 Erw. 4b), da durch mehrfache und möglicherweise widersprüchliche Ausübung eines Gestaltungsrechts die Rechtslage wiederholt verändert werden könnte. Der Gestaltungsgegner sollte sich allerdings auf die Rechtslage verlassen können und es soll Rechtssicherheit geschaffen werden. Der Grundsatz soll aber nicht absolut sein. Lehre und Rechtsprechung habe verschiedene Fallgruppen gebildet, bei denen ein Gestaltungsrecht ausnahmsweise widerrufen werden kann. Dies gilt u.a., wenn es dem Schuldner an einem schützenswerten Interesse an der Unwiderrufbarkeit der

Gestaltungserklärung fehlt oder wenn sich der Gläubiger für einen vermeintlichen, nicht bestehenden Anspruch entschieden hat. Ob ein Gestaltungsrecht ausnahmsweise widerrufen werden kann, dafür muss ein Ausgleich zwischen den Interessen des Erklärenden und des Gestaltungsgegners gefunden werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Ausübung eines Gestaltungsrechts keine Mitwirkung der Gegenpartei erfordert. Diese Möglichkeit, das Rechtsverhältnis einseitig zu gestalten zeigt, dass vom Erklärenden bei der Ausübung seines Gestaltungsrechts eine besondere Sorgfalt erwartet werden darf. Im Zweifelsfall gilt eine Zurückhaltung bei der Widerrufbarkeit eines Gestaltungsrechts (Mohasseb/ von der Crone, a.a.O., S. 430 ff.). Auch Gestaltungsrechte sind nach Art. 18 OR auszulegen (Kren Kostkiewicz, OFK, Schweizerisches Obligationenrecht, in: Kren Kostkiewicz/ Wolf/ Amstutz/ Fankhauser [Hrsg.], 3. Aufl., Zürich 2016, Kommentar zu Art. 18 Rz. 1 ff.; Urteil BGer 4C.328/2005 vom 9.12.2005 Erw. 2.4; vgl. Erw. vorne 1.4.2)

1.6 Gemäss Art. 4 VVG hat der Antragsteller 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 Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3). Wird der Antrag, einen bestehenden Vertrag zu verlängern oder abzuändern oder einen suspendierten Vertrag wieder in Kraft zu setzen, vom Versicherer nicht binnen 14 Tagen, vom Empfange an gerechnet, abgelehnt, gilt er gemäss Art. 2 Abs. 1 VVG als angenommen.

2.1 Es ist unbestritten, dass die Beklagte den Klägern gestützt auf die Versicherungspolice 20000178 (A. _____), und 20000179 (B. _____) bis zum 31. Dezember 2019 Leistungen aus den vereinbarten Zusatzversicherungen erbrachte.

Mit Klage vom 24. September 2020 fordern die Kläger darüber hinaus Leistungen aus den Zusatzversicherungen der Versicherungspolice 20000178 (A. _____) und die Verpflichtung der Beklagten, weiterhin gestützt auf diese Zusatzversicherungen Leistungen zu erbringen (Anträge Ziff. 1 und Ziff. 3). In diesen Anträgen geht, was den Kläger Ziff. 1 angeht, Antrag Ziff. 2 betreffend Ungültigkeitserklärung, bei dem es sich genau betrachtet um ein Feststellungsbegehren handelt, wie der Eventualantrag Ziff. 4 als Feststellungsbegehren auf. Angesichts der

Subsidiarität von Feststellungsbegehren zu Leistungsbegehren kommt diesen beiden Anträgen hinsichtlich den Kläger Ziff. 1 keine selbständige Bedeutung zu und ist hierauf grundsätzlich nicht einzutreten.

Des Weiteren ist noch einmal festzustellen, dass das vorliegende Verfahren nur die Zusatzversicherungen nach VVG betrifft (vgl. vorstehend Ingress lit. K).

2.2 Nachstehend ist zu prüfen, ob die von den Klägern am 8. Mai 2017 ausgesprochene Kündigung der Zusatzversicherungen per Ende 2019 gültig ist oder wieder rückgängig gemacht wurde oder allenfalls durch neue Verträge abgelöst wurde, und die Beklagte daher nicht mehr verpflichtet oder aber weiterhin verpflichtet war/ist, über den 1. Januar 2020 hinaus Versicherungsleistungen zu erbringen.

3.1.1 Die Kläger stellen sich klageweise auf den Standpunkt, sie hätten u.a. gestützt auf die Reaktivierung der Vertragsprodukte (vgl. Kläg-act. 7) sowie auf interne Schreiben der Beklagten (womit die Versicherungsanträge für die obligatorische Krankenpflegeversicherung [OKP] nach KVG vom 13. November 2017 gemeint sind: vgl. Kläg-act. 10) über den 31. Dezember 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen aus den Zusatzversicherungen, da der Rücktritt der Beklagten zu Unrecht erfolgt sei (vgl. Klage S. 11 Ziff. 27. f.).

3.1.2 In ihrer Begründung legt die Klägerschaft u.a. dar, dass die Kündigungsbestätigung lediglich an Kläger Ziff. 1 erfolgt sei und nicht auch an Klägerin Ziff. 2 (vgl. Klage S. 7 Ziff. 20.). Zudem seien infolge diverser Telefongespräche im Herbst 2017 die Klägerschaft und die Beklagte übereingekommen, dass sämtliche Versicherungen weitergeführt würden. Dies könne auch der Kundenberater der Beklagten bestätigen, da dieser die treue Kundschaft wieder habe zurückgewinnen wollen (vgl. Klage S. 7 Ziff. 21.). Auch sei es aufgrund des in den Policen mit der Gültigkeit ab 1. Januar 2018 erwähnten Erstellungsgrundes "Vertragsprodukt reaktiviert" und aufgrund der gleichbleibenden Policennummern 20000178 (A. _____) und 20000179 (B. _____) klar gewesen, dass die bisherigen Versicherungen im gleichen Umfang wiederbelebt worden seien. Von der Beklagten sei nicht erwähnt worden, dass die Zusatzversicherungen nach VVG nur bis zum 31. Dezember 2019 reaktiviert sein sollen, denn auch bei den nachfolgenden Policen sei jeweils lediglich auf die Mindestvertragsdauer hingewiesen und keineswegs eine Kündigung per 31. Dezember 2019 aufgeführt worden. Wenn eine Befristung bzw. ein Ablauf der Zusatzversicherungen festgestanden hätte, dann hätte dies von der Beklagten erwähnt werden müssen (vgl. Klage S. 7 Ziff. 21.1). Es sei für die Kläger unmissverständlich klar gewesen, dass sämtliche Versicherungen wieder aktiv waren, falls die Beklagte dem nicht zustimmen wür-

de, sei eventualiter ein allfälliger Beratungsfehler der Beklagten zu prüfen (vgl. Klage S. 8 Ziff. 21.2). Hinzu käme, dass interne Akten der Beklagten mit dem Vermerk "bleibt bei uns" klarstellten, dass auch die Beklagte davon ausgegangen sei, dass die Kläger nach wie vor bei der Beklagten vollumfänglich versichert blieben (vgl. Klage S. 8 Ziff. 21.3). Zudem sei auch die M. _____ der Ansicht, dass es einer zusätzlichen Kündigung bedürft hätte und sich die Beklagte nicht ohne Weiteres auf die aus Unmut erfolgte Kündigung des Klägers hätte abstützen dürfen (vgl. Klage S. 9 Ziff. 22.). Es sei zudem auffällig, dass die Beklagte im fraglichen Zeitpunkt keine neuen Gesundheitsfragebogen verlangt habe. Dies zeige ebenfalls, dass die Policen insgesamt reaktiviert worden seien (vgl. Klage S. 9 Ziff. 23.). Ohnehin seien die Kläger aufgrund der unveränderten Gesundheitssituation wieder in die Zusatzversicherungen aufgenommen worden, da sich der Gesundheitszustand des Klägers 1 zwischen der Kündigung (18.5.2017) und der Reaktivierung (20.11.2017) noch nicht verschlechtert habe. Die Kläger hätten zumindest konkludent davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte bewusst auf das Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens verzichtet habe (vgl. Klage S. 9 Ziff. 24.). Aufgrund der Feststellung der Kläger, dass die Kündigung der Zusatzversicherungen zeitlich auseinanderfallen würden, sei es nachvollziehbar, dass die Kläger sämtliche Zusatzversicherungen bei einem Versicherer abgeschlossen haben wollten und daher sämtliche Produkte ohne zeitliche Begrenzung reaktiviert worden seien (vgl. Klage S. 10 Ziff. 25.). Es sei zudem fraglich, ob das Auseinanderfallen von Zusatzversicherungen betreffend Kündbarkeit von Prämienänderungen wie vorliegend überhaupt zulässig sei. Es wäre davon auszugehen, dass die Änderung einer Zusatzversicherung auch die Kündbarkeit der übrigen Zusatzversicherungen ermöglichen würde, da ansonsten eine unzulässige Bindungswirkung entstehen würde (vgl. Klage S. 10 Ziff. 26.). Da die Kläger bereits Konkurrenzofferten bezüglich Zusatzversicherungen eingeholt hätten, hätten sich die Kläger umgehend weiter versichern können, wenn die Zusatzversicherungen H. _____ und Spitalversicherung K. _____ wie gewünscht per 31. Dezember 2017 von der Beklagten aufgehoben worden wären. Allerdings habe die Beklagte die Kläger im guten Glauben gelassen, dass sämtliche Versicherungen als ungekündigt und reaktiviert gelten würden und dies über den 31. Dezember 2019 hinaus, insbesondere aufgrund der Nichtkommunikation seitens der Beklagten und derer massiven Wissensüberhangs sowie Erfahrungsvorsprungs (vgl. Klage S. 10 Ziff. 27.).

3.2. Demgegenüber bestreitet die Beklagte in ihrer Klageantwort sämtliche Vorbringen der Kläger und hält u.a. fest, dass die Beklagte nicht von den Versicherungsverträgen zurückgetreten sei, denn die Kläger hätten am 8. Mai 2017 die Zusatzversicherungen auf den nächstmöglichen Zeitpunkt (in casu per

31.12.2019) gekündigt (vgl. Klageantwort S. 3 Ziff. 6.). Aufgrund dessen sei gegenüber der Beklagten auch kein einklagbarer Schaden entstanden, da die Beklagte ihrer Leistungspflicht bis zum 31. Dezember 2019 nachgekommen sei und sie aufgrund der Kündigung der Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2019 darüber hinaus keine weitere Leistungspflicht treffe (vgl. Klageantwort S. 4 Ziff. 10.). Es sei korrekt, dass im Kündigungszeitpunkt noch keine Prämienanpassung per 1. Januar 2018 absehbar gewesen sei; daher handle es sich aufgrund des Eventualiter-Ersuchens in der Kündigung vom 8. Mai 2017, die Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2017 aufzuheben, um eine bedingte Kündigung. Soweit der Eintritt der Bedingung nicht vom Willen des Empfängers abhängig sei, seien Kündigungen als Gestaltungserklärungen bedingungsfeindlich und unwiderruflich. Da Prämienanpassungen von der Finanzmarktaufsicht (FINMA) genehmigt würden, seien diese nicht vom Willen der Beklagten abhängig; aufgrund dessen könne die Kündigung infolge Prämienänderung auf den 31. Dezember 2017 keine Rechtswirksamkeit erzielen (vgl. Klageantwort S. 5 Ziff. 15.). Vielmehr habe das Hauptbegehren der Kläger darin bestanden, die Zusatzversicherungen auf den nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen. Aufgrund der von den Klägern abgeschlossenen Zusatzversicherungen zu E. _____-Bedingungen mit einer festen Vertragsdauer von fünf Jahren (vorbehältlich des Kündigungsrechts infolge Prämienanpassung) sei dies der 31. Dezember 2019 gewesen (vgl. Klageantwort S. 5 Ziff. 16.). Auch wenn keine Kündigungsbestätigung erfolgt wäre, hätte die Kündigung vom 8. Mai 2017 Rechtswirkung erzielt, da es sich bei einer Kündigung um eine empfangsbedürftige Mitteilung handle. Entgegen der Behauptung der Kläger sei auch der Klägerin Ziff. 2 eine Kündigungsbestätigung zugestellt worden (vgl. Klageantwort S. 6 Ziff. 17.). Die Gespräche um eine Reaktivierung drehten sich einzig um die obligatorische Krankenpflegeversicherung, was sich auch aus den internen Dokumenten der Beklagten ergebe (Versicherungsanträge für die OKP vom 13.11.2017). Der Mail-Korrespondenz zwischen den Klägern und der Beklagten sei lediglich der Unmut der Kläger zu entnehmen, dass dem Eventualbegehren der Kündigung vom 17. Mai 2017 um Aufhebung der Zusatzversicherungen seitens der Beklagten keine Folge geleistet worden sei (vgl. Klageantwort S. 6 Ziff. 19.). Es treffe nicht zu, dass sämtliche Vertragsprodukte reaktiviert worden seien, die Reaktivierung habe sich lediglich auf die per 31. Dezember 2017 gekündete OKP bezogen, da die Zusatzversicherungen nicht per Ende 2017 beendet worden seien, sondern per Ende 2019. Da sie nach wie vor gelaufen seien, seien sie so oder so in der Police des Jahres 2018 aufgeführt worden. Dies belege auch der Verlauf der den Klägern zugestellten Policen: nach erfolgter Kündigung hätten die Kläger am 30. September 2017 die Police gültig ab 1. Januar 2018 erhalten, der nur noch (aber sämtliche) Zusatzversicherungen

zu entnehmen gewesen seien, da die OKP weggefallen sei (Beklag-act. 5). Infolge der Rückgewinnung für die OKP sei schliesslich am 20. November 2017 die Police für das Jahr 2018 mit sämtlichen Zusatzversicherungen (wie bisher) und der reaktivierten OKP verschickt worden (Klag-act. 7) (vgl. Klageantwort S. 6 f. Ziff. 20. f). Zudem seien in den Policen die jeweilige Mindestvertragsdauer angegeben worden. Daraus könnten die Kläger nichts zu ihren Gunsten ableiten, insbesondere nicht, dass die Zusatzversicherungen über den 31. Dezember 2019 hinaus Gültigkeit hätten. Weiter würde keine Verpflichtung bestehen, Kündigungen einzelner Produkte auf den Policen zu vermerken, zumal der Kunde wissen könne, welche Versicherungen er auf welchen Zeitpunkt hin gekündigt habe und er auch eine Kündigungsbestätigung erhalten habe (vgl. Klageantwort S. 7 Ziff. 22.). Es könne somit aus den Policen für das Jahr 2018 nicht abgeleitet werden, dass die Kündigung per 31. Dezember 2019 nicht rechtswirksam gewesen sei, besonders nicht, weil die Kläger nie gegen die Kündigungsbestätigung interveniert hätten (vgl. Klageantwort S. 7 Ziff. 23.). Es gebe auch keine Hinweise für einen Beratungsfehler, zumal die internen Dokumente (Versicherungsanträge für die OKP) den eindeutigen Titel für die obligatorische Krankenversicherung nach KVG tragen würden (vgl. Klageantwort S. 8 Ziff. 24.). Weiter führt die Beklagte aus, dass die M._____ als unabhängige Beratungsstelle fungiere, und die Klägerin den Inhalt des Schreibens nicht im Gesamtkontext wiedergegeben habe. Die M._____ erwähne, der Haltung der Beklagten Recht zu geben (vgl. Klageantwort S. 8 Ziff. 25. f.). Auch sei das Auseinanderfallen der Kündbarkeit der Zusatzversicherungen nicht zu beanstanden, insbesondere da sämtliche Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2019 kündbar gewesen seien. Zudem sei es möglich, verschiedene Zusatzversicherungen bei unterschiedlichen Versicherern zu haben (vgl. Klageantwort S. 9 Ziff. 31 ff.). Auch aus der Mailkorrespondenz zwischen den Klägern und der N._____ lasse sich zudem entnehmen, dass die Kläger um die Beendigung der Zusatzversicherungen per Ende 2019 gewusst hätte, halte die N._____ doch fest, "bis dahin sind die Deckungen bei der D._____ beendet und der komplette Wechsel beendet" (vgl. Klageantwort S. 10 Ziff. 34.; Klage-act. 14). Aufgrund der Kündigungsbestätigungen per 31. Dezember 2019 und in Anbetracht des Mailverkehrs zwischen der Klägerschaft und der N._____ habe sich die Klägerschaft keinesfalls in Treu und Glauben über eine Versicherungsdeckung über den 31. Dezember 2019 hinaus verlassen dürfen, daran ändere der Kündigungsrückzug vom 11. Juni 2018 nichts, da eine Kündigung nicht einseitig zurückgenommen werden könne, und ebenso wenig der verschlechterte Gesundheitszustand des Klägers 1 (vgl. Klageantwort S. 10 Ziff. 35.).

3.3 Replicando halten die Kläger an ihrer Klage fest und bringen u.a. vor, dass die Policen für das Jahr 2018 eindeutig belegen würden, dass sämtliche Zusatzversicherungen reaktiviert worden seien (vgl. Replik S. 2 Ziff. 4.1.). Es treffe zu, dass die Kläger gekündigt hätten, allerdings nur bis zum Zeitpunkt der Reaktivierung. Die Wirkung der Kündigung sei nach erfolgter Reaktivierung der Policen aufgehoben worden. Da die Beklagte für die Unklarheit über die Reaktivierung der Policen verantwortlich sei, habe sie aufgrund der Unklarheitsregel für die Unklarheit der Kläger einzustehen und müsse den Vertragsfortbestand akzeptieren (vgl. Replik S. 2 Ziff. 4.2. f.). Aufgrund der gleichen Policennummern vor und nach der Kündigung bzw. Reaktivierung habe die Beklagte selber dazu beigetragen, dass keine klare Trennung zwischen den Versicherungen nach VVG und KVG möglich sei (vgl. Replik S. 3 Ziff. 6.). Da die Beklagte auf ihr Kündigungsrecht verzichtet habe, stelle ihre Leistungsverweigerung einen Verstoss gegen ihre eigenen AVB dar (vgl. Replik S. 4 Ziff. 9.). Weiter relativiere die Beklagte ihre eigene Reaktivierung aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustandes des Klägers Ziff. 1, da die Beklagte erst ab dem Zeitpunkt der Diagnose MS die Dauer der Policen einschränken würde (vgl. Replik S. 4 Ziff. 10.). Die Beklagte würde sich zudem mit dem Hinweis auf die Bedingungsfeindlichkeit von Kündigungen selbst widersprechen, denn wenn die Kündigung vom 8. Mai 2017 infolge Bedingungsfeindlichkeit ungültig gewesen wäre, hätten die Policen unbefristet weitergegolten (vgl. Replik S. 5 Ziff. 16.). Auch würde die Beklagte den weiteren Verbleib der Kläger bei der Beklagten als Rückgewinn bezeichnen, was auf eine Reaktivierung sämtlicher Versicherungen hindeute (vgl. Replik S. 7 Ziff. 19.2). Zudem seien die Kläger auch nicht über die 18-monatige Wartefrist orientiert worden, wie es in der Mail vom 20. November 2018 (vgl. Beklag-act. 3 Mail vom 20.11.2018 16:11 Uhr) dargestellt werde und die Beklage habe auch nicht von sich aus innert 18 Monaten vom 31. Dezember 2019 zurückgerechnet VVG-Anträge an die Kläger versendet, so dass davon hätte ausgegangen werden können, es bestehe keine Befristung (vgl. Replik S. 7 Ziff. 19.3.). Weiter hätten sie sehr wohl gegen die Kündigungsbestätigung interveniert, indem sie im Herbst 2017 das Gespräch mit der Beklagten gesucht hätten, was in der Reaktivierung der Policen geendet habe (vgl. Replik S. 9 Ziff. 25.). Die Beklagte habe die in den Policen von ihr produzierten Unklarheit zu vertreten; der Wille der Kläger über den Vertragsfortbestand gehe daher vor (vgl. Replik S. 13 Ziff. 37.).

3.4 Duplicando hält die Beklagte an den Ausführungen in ihrer Klageantwort fest und führt u.a. aus, dass insbesondere die Policen vom 30. September 2017 bzw. 20. November 2017 belegen würden, dass einzig die Versicherung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung reaktiviert worden sei (vgl. Duplik S. 2 Ziff. 2.; S. 6 Ziff. 29.). Eine Reaktivierung der Zusatzversicherungen sei noch gar

nicht möglich gewesen, da diese bis Ende 2019 bestanden hätten (vgl. Duplik S. 3 Ziff. 6.). Der Antrag des Klägers Ziff. 1 bezüglich des Wiederabschlusses der Zusatzversicherungen zeige, dass eine Beendigung der Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2019 allen klar gewesen sei, denn ohne Beendigung hätte kein neuer Antrag gestellt werden müssen (vgl. Duplik S. 5 Ziff. 24.).

4.1.1 Den ab 1. Januar 2017 gültigen Policen mit dem Erstellungsgrund "neue Jahrespolicen" sind folgende Versicherungen zu entnehmen (vgl. Kläg-act. 9):

A. _____ (Kläger 1), Versicherungspolice 20000178:

Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG):

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung O. _____ CHF 187.15

Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

- G. _____ CHF 12.35 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind: AVB 2007, ZVB 2017)
- H. _____ CHF 22.00 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind: AVB 2007, ZVB 1997)
- Spitalversicherung K. _____ CHF 26.65 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind AVB 2007, ZVB 2007)

B. _____ (Klägerin 2), Versicherungspolice 20000179:

Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG):

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung P. _____ CHF 338.95

Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

- G. _____ CHF 12.85 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind: AVB 2007, ZVB 2017)
- H. _____ CHF 23.50 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind: AVB 2007, ZVB 1997)
- Spitalversicherung I. _____ CHF 6.65 (u.a. E. _____: Mindestvertragsdauer 5 Jahre, bis 31.12.2019; gültig sind AVB 2007, ZVB 2010)

Ebenso sind für den Sohn F. _____ die gleichen Versicherungen vorgesehen (mit der Abweichung einer "Spitalversicherung J. _____") und der gleichen Mindestvertragsdauer.

4.1.2 Mit Schreiben vom 8. Mai 2017 (von Kläger und Klägerin unterzeichnet) kündigten die Kläger die Versicherungen wie folgt (Kläg-act. 4):

Hiermit kündige ich alle Grund- sowie Zusatzversicherungen der oben genannten Personen [d.h. Kläger, Klägerin sowie Sohn] per 31.12.2017. Die Zusatzversicherungen haben eine Mindestlaufzeit bis 31.12.2019 - sofern keine Prämienhöhung auf den 01.01.2018 vorgesehen ist, bitte ich Sie im Sinne eines Entgegenkommens meine Kündigung zu akzeptieren.

Gerne erwarte ich Ihre Kündigungsbestätigung in den nächsten Wochen. Die Prämien bis Ende Jahr werden wie gewohnt pünktlich bezahlt.

Ich bedanke mich für die angenehme Zusammenarbeit in den vergangenen 3 Jahren.

4.1.3 Die Beklagte bestätigte mit drei an den Kläger Ziff. 1 adressierten, gleichlautenden Scheiben vom 18. Mai 2017 die Kündigung der Versicherungen für jede versicherte Person einzeln wie folgt (vgl. Kläg-act. 5; Beklag-act. 4):

	Aufhebung per
Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG):	
Obligatorische Krankenpflegeversicherung O. _____	31. Dezember 2017
Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG):	
G. _____	31. Dezember 2019
H. _____	31. Dezember 2019
Spitalversicherung K. _____ [bzw. I. _____ bzw. J. _____	31. Dezember 2019

Diesen Kündigungsbestätigungen war jeweils als Beilage ein Blatt "Kündigungsbedingungen" angefügt, unterschieden nach "Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)" sowie "Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)". Diese letzteren Bedingungen wurden wie folgt formuliert (vgl. Kläg-act. 5; Beklag-act. 4):

Zusatzversicherungen können unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bei Änderung des Prämientarifs per 1. Januar sind Sie berechtigt, die betroffenen Produkte per 31. Dezember aufzulösen. Bei Kündigungen, die zu spät eingetroffen sind, bestätigen wir die Aufhebung der Versicherung auf den nächstmöglichen Termin.

E. _____

Für Zusatzversicherungen nach E. _____ gilt ohne Änderung des Prämientarifs eine Mindestvertragsdauer von fünf Jahren.

4.1.4 Mit Schreiben vom 30. September 2017 stellte die D. _____ A. _____, B. _____ und F. _____ die neuen Versicherungspolice für die Zusatzversicherungen (G. _____, H. _____, Spitalversicherung K. _____ bzw. I. _____ bzw. J. _____) mit Gültigkeit ab 1. Januar 2018 zu (vgl. Beklag-act. 5; Beklag-act. 3 Mails vom 20.11.2018 16:11 Uhr und 7.11.2018 10:43 Uhr).

4.1.5 Entgegen der Auffassung der Klägerschaft (vgl. Klage S. 7 Ziff. 20) wurde die Kündigung zum einen nicht nur gegenüber Kläger Ziff. 1 bestätigt, sondern auch gegenüber der Klägerin Ziff. 2 (wie auch dem Sohn F. _____). Daraus, dass alle drei Bestätigungen an den Kläger Ziff. 1 adressiert wurden, können die

Kläger nichts zu ihren Gunsten herleiten. Zwar haben sie das Kündigungsschreiben gemeinsam unterzeichnet, indessen trägt das betreffende Schreiben im Briefkopf auch nur die Anschrift des Klägers. Im Weiteren lief die Korrespondenz zum überwiegenden Teil, wenn nicht ausschliesslich, über den Kläger Ziff. 1 (z.B. E-Mail-Korrespondenz [Kläg-act. 6, Beklag-act. 3]; Korrespondenz mit der M. _____ [Kläg-act. 11]); Beklag-act. 5; Kündigungsrückzugsschreiben vom 11.1.2018 [Beklag-act. 6]), ohne dass der Kläger Ziff. 1 hieraus - zu Recht - ableitet, die Zusatzversicherungen/Versicherungsabschlüsse seiner Frau und seines Sohnes seien damit nicht mitgemeint gewesen.

Zum andern ist die Kündigung als einseitige Willenserklärung angesichts der blossen Empfangsbedürftigkeit von Kündigungen rechtsgültig geworden. Sie wurde auch umgehend von der Beklagten bestätigt - allerdings ohne dem Ersuchen der Kläger um eine vorzeitige Vertragsauflösung stattzugeben, sondern durch genaue Bezeichnung der Vertragsbeendigung für jede einzelne (Zusatz-) Versicherung. Insofern kann auch nicht von einer bedingten Kündigung gesprochen werden. Damit musste den Klägern zwangsläufig klar sein, dass ihre Kündigung erst und nur per Ende der ordentlichen Vertragsdauer (Ende 2019) Gültigkeit hat. Dafür, dass ihnen dies auch klar war, spricht die Tatsache, dass sie auf die Kündigungsbestätigung der Beklagten nicht, jedenfalls nicht innert angemessener Frist, reagierten. Wenn die Beklagte den Klägern in der Folge Ende September 2017 ordnungsgemäss die Versicherungspolice für die Zusatzversicherungen mit Gültigkeit ab dem 1. Januar 2018 bzw. für das Folgejahr (nunmehr ohne Ausweis der rechtsgültig per Ende 2017 gekündigten OKP, wie dies die Beklagte ebenfalls bestätigt hatte) zustellte, konnte und durften die Kläger hieraus keine anderen Schlüsse ziehen. Nachdem es sich um die gleichen bis zum Vertragsende weiterlaufenden Versicherungsprodukte handelt(e), trugen sie naheliegenderweise auch dieselben Versicherungsnummern. Diese zu ändern bestand kein Anlass. Gleichzeitig wies die Beklagte in ihrem Bestätigungsschreiben darauf hin, dass die Kläger bei Änderung des Prämientarifs per 1. Januar berechtigt seien, die betroffenen Produkte per 31. Dezember aufzulösen d.h. zu künden. Soweit die Kläger die Auffassung vertreten, unterschiedliche Kündbarkeiten von Zusatzversicherungen hätten eine unzulässige Bindungswirkung zur Folge, kann ihnen nicht gefolgt werden. Die verschiedenen Zusatzversicherungen können im Zeichen der Vertragsfreiheit der Parteien je einzeln abgeschlossen werden und bedingen sich nicht gegenseitig. Dies zeigen im konkreten Fall die jeweiligen versicherten Produkte (G. _____: Beiträge an Brillen etc.; H. _____: Alternativmedizin; Spitalversicherung: Spitalleistungen).

4.2.1 Im Herbst 2017 kam es bei verschiedenen Zusatzversicherungen zu einer Prämienanpassung. Einem E-Mail des Klägers vom 7. November 2018 an Q._____ (Mitarbeiter der Beklagten) ist hierzu (rückblickend) Folgendes zu entnehmen (Beklag-act. 3 [Mail vom 7.11.2018 10.43 Uhr]):

Im Mai 2017 habe ich alle Versicherungsverträge nach VVG für meine ganze Familie per 31.12.2017 gekündigt. Dies unter der Bedingung, dass per 01.01.2018 bei den entsprechenden Versicherungen eine Prämienanpassung erfolgt. Bei gleichbleibenden Prämien sollen die Versicherungen spätestens nach Vertragsende per 31.12.2019 gekündigt werden. Die Kündigung per 31.12.2019 wurde mir am 18.05.2018 [recte: 2017] von der D._____ bestätigt. Im Herbst 2017 wurden dann die Tarife per 01.01.2018 von der D._____ publiziert und bei den Versicherungen H._____, Spital K._____ und Spital J._____ erfolgte eine Prämienanpassung per 01.01.2018 sodass meine Kündigung vom Mai 2017 für diese drei Versicherungen auf Ende Dezember rechtsgültig war.

Ich habe dann im Anschluss telefonisch mit der D._____ Kontakt aufgenommen und gefragt ob ausnahmsweise auch die Versicherungen bei welcher keine Prämienanpassung per 01.01.2018 erfolgte (G._____ und Spital I._____) künden durfte. Dies wurde mir seitens der D._____ verneint. Weil ich die Zusatzversicherungen nicht bei zwei verschiedenen Versicherungen halten wollte, habe ich dann gewünscht die Versicherungen H._____, Spital K._____ und Spital J._____ nochmals zu versichern. Diesen Vorschlag wurde telefonisch von der D._____ akzeptiert und die neuen Policen per 01.01.2018 wurde nebst den Versicherungen mit fester Vertragslaufzeit (G._____ und Spital I._____) mit den neuen Versicherungen H._____, Spital K._____ und Spital J._____ ausgestellt. Das Einreichen des Gesundheitsfragebogens wurde von der D._____ nicht verlangt.

4.2.2 Gemäss diesen Angaben des Klägers erfolgten also Prämienanpassungen per 1. Januar 2018 bei den Zusatzversicherungen H._____ (welche die ganze Familie betraf), Spital K._____ (nur Kläger) und J._____ (nur Sohn). Betreffend diese drei Zusatzversicherungen waren die Kündigungen vom 8. Mai 2017 gemäss der Auffassung der Kläger also infolge Eintritts der Bedingung für eine vorzeitige Kündigung per Ende 2017 rechtswirksam geworden. Die Beklagte ist demgegenüber der Auffassung, dass die Kündigung dennoch erst per Ende 2019 rechtswirksam blieb mit der Begründung, die Prämienanpassung sei nicht von ihrem Willen abhängig, sondern bedürfe der Genehmigung seitens der FIN-MA (vgl. vorstehend Erw. 3.2; Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SRSZ 961.01] vom 17. Dezember 2004 i.V.m. Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG). Wie es sich hiermit verhält, ist für die Beurteilung nicht entscheidend und daher nicht weiter zu prüfen. Gegen die Auffassung der Beklagten spricht der Umstand, dass die Genehmigung der Prämien auf Antrag der Privatversicherungen erfolgt und erteilt wird, wenn die Annahmen der im Krankenzusatzgeschäft tätigen Krankenversicherungen plausibel sind und die Prämien weder missbräuchlich hoch er-

scheinen noch die Solvenz des Unternehmens bedrohen (vgl. Faktenblatt der FINMA betreffend "Die FINMA und die Krankenzusatzversicherung", Stand 1.9.2017; Wegleitung der FINMA für Gesuche betreffend die Einreichung von Tarifanpassungsvorlagen in der Krankenzusatzversicherung, Ausgabe vom 1.5.2020). Die Beklagte kann mithin den Eintritt der Bedingung jedenfalls mitbeeinflussen.

4.2.3 Wie aus dem zitierten E-Mail des Klägers unmissverständlich hervorgeht, ersuchte der Kläger nach Kenntnisnahme der Prämienanpassungen per 1. Januar 2018 analog zum Kündigungsschreiben vom 8. Mai 2017 erneut für sämtliche Zusatzversicherungen, also auch die von keiner Prämienanpassung betroffenen Zusatzversicherungen G. _____ (welche die ganze Familie betraf) und Spital I. _____ (nur Klägerin), wiederum eine vorzeitige bzw. gleichzeitige Vertragsauflösung per 31. Dezember 2017 zu erwirken. Dies wurde von der Beklagten indes wiederum nicht akzeptiert; sie beharrte auf einer Beendigung im Rahmen der ordentlichen Vertragsdauer per Ende 2019 im Sinne ihrer Kündigungsbestätigung vom 18. Mai 2017.

Indes spricht nichts dafür und lässt sich auch dem zitierten E-Mail des Klägers kein Hinweis dafür entnehmen, dass die beiden von der Prämienanpassung nicht betroffenen Zusatzversicherungen - und parallel dazu die infolge der Prämienanpassung nach Auffassung des Beklagten gekündigten - entgegen der Kündigungsbestätigung vom 18. Mai 2017 über die vertragliche Laufzeit hinaus Geltung haben sollten. Einer anderen Interpretation steht auch der Umstand entgegen, dass kein neuer Gesundheitsbogen einzureichen war, wie dies im Hinblick auf den Neuabschluss einer Zusatzversicherung regelmässig verlangt wird (vgl. Art. 4 VVG; Art. 1 und 3 AVB).

4.3.1 Die Kläger haben einen undatierten "Versicherungsantrag KVG" eingereicht, dem die Kläger das Datum des 13. Novembers 2017 zusprechen, was von der Beklagten nicht bestritten wird (vgl. Kläg-act. 10; Klage S. 8 Ziff. 21.3; Klageantwort S.8 Ziff. 24; vgl. Beklag-act. 3 [E-Mail vom 20.11.2018 07.20 Uhr]). Angesichts dieser Bezeichnung können sich diese Versicherungsanträge nur auf die OKP beziehen. Das auf diesen Dokumenten handschriftlich vermerkte "bleibt bei uns" kann sich entsprechend nicht auf die Zusatzversicherungen beziehen, und durfte von den Klägern auch nicht auf diese bezogen werden. Abgesehen davon handelt es sich hierbei, wie die Kläger selber ausführen, um interne Akten der Beklagten, welche ihnen erst am 24. Juni 2019 bekannt wurden (vgl. Klage S. 8 Ziff. 21.3), und aus denen sie daher schon aus chronologischen Gründen nichts zu ihren Gunsten herleiten können.

4.3.2 Die den Klägern am 20. November 2017 zugestellten Versicherungspolicen (Kläg-act. 7), welche "alle bisherigen Versionen" ersetzen, weisen als einzigen Unterschied zu den den Klägern am 30. September 2017 zugestellten Versicherungspolicen neu einzig die OKP aus. Der Vermerk "Vertragsprodukt reaktiviert" konnte und durfte somit einzig mit Bezug auf die OKP verstanden werden. Unbehelflich ist die Tatsache, dass sich dieser Vermerk formal direkt unter dem Betreff "Versicherungspolice für ..." befindet und daher allenfalls auch auf die Versicherungen nach VVG bezogen werden könnte. Dieser formalistischen Betrachtungsweise steht nicht nur die erwähnte Tatsache entgegen, dass sich bei den Zusatzversicherungen gegenüber den Policen vom 30. September 2017 nichts geändert hat, sondern - bei einer ebenfalls formalistischen Betrachtungsweise - auch der Singular ("Vertragsprodukt"). Überdies wussten die Kläger angesichts der vorangegangenen Korrespondenz (namentlich Kündigung und Kündigungsbestätigung; vgl. vorstehend Erw. 4.1 und 4.2), dass jedenfalls für diese Zusatzversicherungsprodukte, welche so oder anders bis Ende 2019 liefen, ohnehin keine Reaktivierung möglich und nötig war. Ungewöhnlich ist hieran nichts. Die Ungewöhnlichkeitsregel (vgl. vorstehend Erw. 1.4.3) wie auch die Unklarheitsregel (hierzu vgl. Urteil BGer 4A_521/2015 vom 7.1.2016 Erw. 2.1 mit zahlreichen Hinweisen) betreffen ohnehin grundsätzlich die AVB und deren Auslegung. Bestimmungen der AVB sind vorliegend jedoch nicht strittig. Vielmehr geht es vorliegend um die Frage, wie die konkreten Abläufe, das Verhalten und entsprechende Dokumente im Rahmen der Zusatzversicherungen von den Vertragsparteien in guten Treuen zu verstehen waren. Wenn den Klägern am 8. Oktober 2018 die Versicherungspolicen (ausweisend OKP und bis Ende 2019 laufende Zusatzversicherungen) mit Gültigkeit ab 1. Januar 2019 zugestellt wurden (Kläg-act. 8), heisst auch dies offenkundig nicht, dass die Kündigung der Zusatzversicherungen per Ende 2019 rückgängig gemacht worden war.

4.3.3 Im Oktober 2017 hat sich der Kläger offensichtlich für Zusatzversicherungen bei der N._____ interessiert (Kläg-act. 14). Der Kundenberater der N._____ weist dabei in einem kurzen E-Mail vom 26. Oktober 2017 zum einen darauf hin, dass ohne Änderung der Produktpreise "normalerweise kein Kündigungsrecht" besteht. Zum andern führt er aus, dass wichtig zu wissen sei,

dass man die Doppeldeckung in unserer Police aufs 2019 verschieben kann ohne eine erneute Gesundheitsprüfung zu machen. Bis dahin sind die Deckungen bei der D._____ beendet und der komplette Wechsel beendet.

Hieraus ergibt sich - jedenfalls im Sinn eines nicht unbedeutenden Indizes -, dass der Kläger den Kundenberater der N._____ über die Kündigung der Zusatzversicherungen bei der Beklagten per Ende 2019 informiert haben musste, und somit Ende Oktober 2017 auch selber hiervon ausging.

4.4 Mit Schreiben vom 11. Juni 2018 (Beklag-act. 6) betreffend "Rückzug Kündigung Zusatzversicherungen G._____, H._____, Spitalversicherung I._____, (...), K._____, (...), J._____, (...)" zog der Beschwerdeführer seine Kündigung der Zusatzversicherungen gemäss seinem Schreiben vom 8. Mai 2017 wieder zurück. Mithin gingen die Kläger zu diesem Zeitpunkt nach wie vor von einer rechtsgültigen Kündigung der Zusatzversicherungen (per Ende 2019) aus. Was sie replizierend hiergegen vorbringen (S. 11 Ziff. 33 f.), ist als Schutzbehauptung zu qualifizieren, zumal dem Schreiben vom 11. Juni 2018 keine Hinweise im Sinne dieser Vorbringen im vorliegenden Klageverfahren zu entnehmen sind. Namentlich deutet nichts darauf hin, dass die Beklagte ihren Standpunkt betreffend die Kündigung der Zusatzversicherung seitens der Kläger im Wissen um die MS-Erkrankung des Klägers geändert hat, auch wenn es auf der Hand liegt, dass sie in diesem Wissen erst recht nicht mehr bereit war, die Kündigung als ungeschehen zu erachten. Der Rückzug der Kündigung der Zusatzversicherungen seitens der Kläger am 11. Juni 2018 konnte jedenfalls, was allein entscheidend ist, nichts an der Rechtswirksamkeit und -gültigkeit der Kündigung vom 8. Mai 2017 per 31. Dezember 2019 (vgl. vorstehend Erw. 1.5) ändern.

4.5 Der Kläger Ziff. 1 beantragte mit dem "Versicherungsantrag VVG E._____: Zusatzversicherungen" vom 28. November 2018 die Zusatzversicherungen G._____, H._____ und Spitalversicherung K._____ mit dem Versicherungsbeginn 1. Januar 2020 (vgl. Beklag-act. 7).

Gemäss Art. 13.1 der für die L._____ massgebenden AVB ist der Vertrag für die auf der Police angegebene feste Vertragsdauer abgeschlossen. Er verlängert sich danach stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht der Versicherungsnehmer den Vertrag auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat.

Wenn also der Kläger für die Zeit ab dem 1. Januar 2020 der Beklagten einen Versicherungsantrag für Zusatzversicherungen unterbreitet, kann dies nicht anders verstanden werden, als dass er seinerseits im November 2018 ebenfalls nach wie vor von einer rechtsgültigen Kündigung der Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2019 ausgegangen ist. Ob der Kläger Ziff. 1 selbst aktiv wurde und den von ihm unterzeichneten Antrag einreichte, kann dahingestellt bleiben (vgl. Replik S. 7 Ziff. 19.3). Es ist auch irrelevant, ob die Kläger über eine allfällige (18-monatige) Wartefrist bei den Anträgen nach VVG informiert worden waren oder nicht (vgl. Beklag-act. 3; Klageantwort S. 7 Ziff. 19.3).

In den dem Gericht vorliegenden Akten befindet sich kein "Versicherungsantrag VVG E._____: Zusatzversicherungen" für die Klägerin Ziff. 2 und auch kein Ablehnungsschreiben bezüglich des Wiederabschlusses der Zusatzversicherun-

gen per 1. Januar 2020 (ein solches vom 20.12.2018 liegt betreffend den Sohn vor [Kläg-act. 13]). Demnach entzieht sich dem Gericht die Kenntnis, ob für die Klägerin Ziff. 2 auch ein Versicherungsantrag für den Wiederabschluss der Zusatzversicherungen per 1. Januar 2020 gestellt wurde. Dies ist für die Beurteilung jedoch irrelevant. Mit dem von den Klägern mit Schreiben vom 29. Januar 2021 eingereichten E-Mail des Mitarbeiters der Beklagten vom 29. November 2018, wonach für den Sohn mit dem Antrag kein zahnärztliches Attest eingereicht werden musste, kann kein neuer Versicherungsvertrag mit Gültigkeit ab 1. Januar 2020 belegt werden.

4.6 Ein Beratungsfehler seitens der Beklagten, aus dem die Kläger im Sinne eines Vertrauensschutzes bzw. nach dem Grundsatz von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr etwas zu ihren Gunsten herleiten könnten, ist nicht ersichtlich. Namentlich gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Kläger die Beklagte im Vorfeld ihrer Kündigung wie auch nach erfolgter Kündigung um eine allfällige Beratung hinsichtlich des weiteren Vorgehens ersucht hätten. Hierbei ist zu wiederholen, dass die Kläger mit ihrem Kündigungsschreiben vom 8. Mai 2017 um vorzeitige Kündigung ersuchten, was ihnen nicht gewährt wurde. Nachdem bei einem Teil der Zusatzversicherungen Prämienanpassungen erfolgten, wären die Voraussetzungen für die von den Klägern angestrebte vorzeitige Beendigung der betreffenden Zusatzversicherungen grundsätzlich auch eingetreten. Im Zeichen einer koordinierten Beendigung der Zusatzversicherungen machten die Kläger, welche gemäss ihren Angaben die Zusatzversicherungen bei ein und demselben Versicherer führen wollten, hiervon jedoch keinen Gebrauch. Somit blieb es bei der Beendigung aller Zusatzversicherungen per Ende 2019.

4.7.1 Im Sinne des Standpunktes der Beklagten hat sich im Übrigen auch die M._____ mit Schreiben vom 5. Oktober 2019 geäußert. Sie hat ausgeführt, die Beklagte habe am 18. Mai 2017 die Kündigungen sämtlicher Zusatzversicherungen gemäss Schreiben der Kläger vom 8. Mai 2017 akzeptiert. Da auf den 1. Januar 2018 Prämien erhöhungen bei den Versicherungen H._____, Spitalversicherung K._____ erfolgt seien, womit die Kündigungen dieser Zusatzversicherungen auf den 31. Dezember 2017 an und für sich wirksam geworden seien, nicht aber bei den Zusatzversicherungen G._____ und Spitalversicherung I._____, habe die Beklagte dem Ersuchen der Klägerschaft, die Zusatzversicherungen H._____ sowie die Spitalversicherung K._____ nochmals zu versichern, ohne Gesundheitsfragebogen stattgegeben. Somit sei nach Auffassung der M._____ der Kündigungszeitpunkt lediglich nach hinten verschoben und somit die Zusatzversicherungen zeitlich verlängert worden. Die Kündigung sei ein einseitiges und nicht widerrufbares Gestaltungsrecht, somit sei

gekündigt also gekündigt. In der Praxis fordere allerdings die M._____ von den Kassen, bei vorzeitigen (und noch nicht möglichen) Kündigungen später eine neue Kündigung zu verlangen, da sich die Interessenlage der Versicherten im Laufe der Zeit ändern könne (z.B. bei Verschlechterung des Gesundheitszustands) (vgl. Kläg-act. 11).

4.7.2 Bei der M._____ handelt es sich um eine unabhängige Stelle, deren Hauptaufgabe es ist, Missverständnisse zwischen Versicherten und ihren Versicherern zu beheben und bei Meinungsverschiedenheiten Lösungen zu vermitteln. Diesbezüglich berät die M._____ die Versicherten in Fragen der Krankenversicherung und informiert sie über die geltende Gesetzgebung und Rechtsprechung. Es handelt sich dabei weder um eine Gutachterstelle noch um eine Gerichtsinstanz (vgl. M._____ Jahresbericht '19 S. 8, <https://www._____.pdf>, besucht am 21.1.2021; Kläg-act. 11 S. 2). Das Gericht ist jedoch nicht an die Feststellungen und Erläuterungen der M._____ gebunden.

4.7.3 Die M._____ teilt zwar offensichtlich die Auffassung der Kläger, dass die Kündigungen der von Prämienanpassungen betroffenen Zusatzversicherungen auf den 31. Dezember 2017 wirksam wurden. Sie legt allerdings zutreffend dar, dass die Kündigung ein einseitiges und nicht widerrufbares Gestaltungsrecht ist.

Wenn die M._____ in der Praxis von den Kassen bei vorzeitigen (und noch nicht möglichen) Kündigungen später eine neue Kündigung verlangt, da sich die Interessenslage der Versicherten im Laufe der Zeit ändern könne, bedeutet dies jedoch nicht, dass die Beklagte hierzu auch verpflichtet war. Jedenfalls führt auch die M._____ keine entsprechende gesetzliche Bestimmung an. Zudem spricht vorliegend nichts gegen die Zulässigkeit und Möglichkeit der Kündigung der Zusatzversicherungen bereits im Mai 2017 trotz einer Vertragslaufzeit bis Ende 2019, und durften und konnten die Beschwerdeführer im konkreten Fall, wie aus den vorstehenden Erwägungen hervorgeht, nicht annehmen, dass sich die Zusatzversicherungen entgegen ihrer Kündigung und entgegen der Kündigungsbestätigung der Beklagten über den 31. Dezember 2019 hinaus verlängerten.

4.8 Die schriftlichen Dokumente im Verbund mit den Parteivorbringen erlauben eine rechtsgenügli­che Beurteilung der Klage (vgl. vorstehend Erw. 1.3.2). Von der beantragten Zeugenbefragung kann ohne Verletzung des (eingeschränkten) Untersuchungsgrundsatzes (vgl. vorstehend Erw. 1.2) abgesehen werden. Wie die Kläger ihrerseits selber anerkennen, ist die Erinnerungsfähigkeit an Ge-

sprache und Abläufe, welche vor über einem Jahr und mehr erfolgten (vgl. Replik S. 6 Ziff. 18), regelmässig getrübt. Überdies sind Personen, welche den jeweiligen Parteien nahestehen, in der Regel geneigt, zu deren Gunsten auszusagen.

5. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Kündigung der Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2019 rechtsgültig zustande kam. Für die Klägerschaft besteht seit dem 1. Januar 2020 bei der Beklagten kein Versicherungsschutz mehr. Es fehlt an einer Anspruchsgrundlage für die Kläger; die Beklagte trifft seit dem 1. Januar 2020 keine Leistungspflicht mehr.

6. Zu den Prozesskosten gehören die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Es werden keine Gerichtskosten erhoben (Art. 114 lit. e ZPO). Die durch ihren Rechtsdienst vertretene Beklagte hat mangels einer berufsmässigen Vertretung (Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Urteile BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001 Erw. 5; 4A_194/2010 vom 17.11.2010 Erw. 2.2.1).

7. Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG]; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 in Betracht kommt (BGE 133 III 439 Erw. 2.1; Urteil BGer 4A_695/2011 vom 18.1.2012 Erw. 1.2). Weil das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenkassenversicherung als einzige kantonale Instanz beurteilt, ist die Beschwerde in Zivilsachen zulässig, auch wenn der Streitwert von Fr. 30'000.-- nicht erreicht werden sollte (BGE 138 III 2, Regeste und Erw. 1).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in Zivilsachen beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 72ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Kläger (3/R; unter Beilage des E-Mails der Beklagten vom 23.2.2021)
 - die Beklagte (R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 18. März 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 30. März 2021