

Gerichtskreis VIII Bern-Laupen, 12. Oktober 1999,  
C. c. Visana Versicherungen AG, Muri b. Bern

**Tatbestand:** Mit Klage vom 20. Januar 1999 (Eingang: 21. Januar 1999) inkl. Klagebeilagen (KB) 1 bis 17 beantragt der Kläger, die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die im Urteilszeitpunkt aus Police Nr. .. fälligen Leistungen auf Ausrichtung von Taggeldern ab Oktober 1998 zuzüglich Zins zu 5% seit wann rechtens zu bezahlen. Zudem verlangt er die Feststellung, dass die vertragliche Leistungspflicht der Beklagten auf Ausrichtung von Taggeldern an den Kläger aus Police Nr. .. bis Ende März 2000 andauert, alles unter Kostenfolge.

In ihrer Klageantwort (KA) vom 29. März 1999 inkl. Klageantwortbeilagen (AB) 1 bis 7 verlangt die Beklagte die vollumfängliche und kostenpflichtige Abweisung der Klage.

Für die Hauptverhandlung vom 12. Oktober 1999 liess sich der Kläger vom persönlichen Erscheinen dispensieren. In seinem ersten Parteivortrag korrigierte sein Anwalt das Feststellungsbegehren: Die Leistungspflicht der Beklagten sei bis Ende Februar 2000 festzustellen. Das Urteil wird hiermit schriftlich eröffnet (Art. 205 ZPO).

Der Kläger, ein Schweizer, hat seinen Wohnsitz in Frankreich; die Beklagte, eine Aktiengesellschaft, hat ihren statutarischen Sitz in B. Das Rechtsverhältnis ergibt sich aus einem in der Schweiz abgeschlossenen Versicherungsvertrag. Es liegt kein internationales Verhältnis nach Art. 1 IPRG vor, über die Zuständigkeit und das massgebende Recht ist in Anwendung der entsprechenden Bundesnormen und der ZPO zu entscheiden (Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Internationales Privatrecht, Basel 1996, N 2 zu Art. 1).

Vertragsgegenstand ist eine Taggeldversicherung in Form einer privatrechtlichen Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherungen (KVG). Das KVG selbst sieht in Art. 67 ff KVG solche freiwilligen Taggeldversicherungen vor, doch können diese - wie vorliegend - auch nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) abgeschlossen werden (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG).

Der Kläger legt dem Gericht die von der Beklagten verfassten Allgemeinen Vertragsbedingungen zur Kollektiv-Krankenversicherung (AVB KKr) inkl. den Ergänzenden Bedingungen (EB) zu Krankenversicherungen für Mitglieder des Kleingewerbe-Verbundes vor. Daneben finden sich auch die Allgemeinen Bedingungen für die Einzel-Krankenversicherung (AVB EKr; KB 11) in den Akten. Alle AVB sehen das VVG als gesetzliche Vertragsgrundlage und den Schweizer Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten und den Sitz der Gesellschaft in Muri/BE als Gerichtsstand vor, und die Anwendung dieses Teils der AVB ist unbestritten. Damit ist die örtliche wie die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Richters gegeben (Art. 28 Abs. 1 VAG, Art. 47 Abs. 1 VAG, Art. 1 und 2 ZPO).

Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen sind im einfachen und raschen Verfahren zu behandeln, in dem der Richter von Amtes wegen den Sachverhalt festzustellen und die Beweise nach freiem Ermessen zu würdigen hat. Bei solchen Streitigkeiten dürfen den Parteien keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 47 Abs. 2 und 3 VAG).

Mit Schreiben vom 11. Dezember 1998 hat die Beklagte auf die Durchführung eines Aussöhnungsversuchs verzichtet. Auch die übrigen Prozessvoraussetzungen sind erfüllt, auf die form- und fristgerechte Klage ist einzutreten.

## II. Sachverhalt

Folgender Sachverhalt ist zwischen den Parteien unbestritten.

Der Kläger schloss am 12. November 1993 mit der Beklagten eine Kollektiv-Krankenversicherung (KKr) ab, die eine Vertragsdauer vom 1. Januar 1994 bis 31. Dezember 1998 vorsah. Die Versicherungspolice wurde per 1. Januar 1996 an einen neuen Rahmenvertrag angepasst (KB 4 und 5) und gestützt auf die AVB KKr ausgestellt.

Der Kläger erkrankte Ende 1995. Anlässlich der ersten ärztlichen Behandlung am 1. März 1996 wurde eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 1996 festgestellt. Die Krankheit zwang ihn, im April 1996 seine Erwerbstätigkeit aufzugeben, weshalb er nicht mehr länger Mitglied der Kollektivkrankensversicherung bleiben konnte (Art. 4 lit. b AVB KKr). Der Kläger machte von seinem vertraglichen Übertrittsrecht in die Einzel-Krankenversicherung (EKr) Gebrauch, so dass ihm die Beklagte mit Schreiben vom 21. Juni 1996 einen vorbereiteten Versicherungsantrag mit den AVB EKr zukommen liess. Der Kläger retournierte den Antrag, und es wurde ihm die neue EKr-Police Nr. .. vom 18. Juli 1996, gültig ab 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997, ausgestellt. Diese Police wurde noch im gleichen Jahr durch diejenige vom 4. November 1996 ersetzt, die inhaltlich mit KB 8 identisch ist.

Ende September 1996 verlegte der Kläger seinen Wohnsitz nach Frankreich, wo er sich heute noch aufhält. Die Wohnsitzverlegung wurde der Beklagten im Sommer 1998 telephonisch bekannt gegeben.

Der Kläger bezog seit März 1996 Taggelder von Fr. 100.-/Tag auf der Basis eines 50%-igen Erwerbsausfalles. Nachdem jedoch die Beklagte am 14. Juli 1998 vom Kläger telephonisch erfuhr, dass er seinen Wohnsitz nach Frankreich verlegt hatte, hob sie mit Schreiben vom 16. Juli 1998 den Versicherungsvertrag per 14. Juli 1998 auf. Mit Brief vom 20. Juli 1998 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie ihm nur noch bis zum 30. September 1998 Taggelder ausrichten und danach den Krankheitsfall als erledigt betrachten werde.

Der Kläger verlangt gemäss Klage S. 6 Taggelder für insgesamt 1440 Tage (48 Monate) à Fr. 100.- (Tag. Gemäss Ausführungen im ersten Parteivortrag) erhielt er ab März 1996 bis Ende September 1998 (30 Monate) Taggelder ausbezahlt und macht nun nach seiner teilweisen Klageänderung im Termin noch die Bezahlung bis Ende Februar 2000 geltend, was 17 Monaten à Fr. 100.-/Tag oder Fr. 51'000.- entspricht.

### III. Rechtliches

Der Kläger begründet seinen Anspruch mit dem Verweis auf die AVB KKr, die seiner Meinung nach Vertragsgrundlage seien. Ihm sei anlässlich seines Übertritts in die Einzelkrankensversicherung mit der Police gemäss KB 8 die Wahrung des vorherigen Besitzstandes ausdrücklich zugesichert worden. Es gelte betreffend örtlichen Geltungsbereich die Ziff. 22 der AVB KKr, der Verweis der Beklagten auf Ziff. 9 AVB EKr gehe fehl.

Die Beklagte macht geltend, dass dem Kläger das Übertrittsrecht gewährt und er nach den AVB EKr zu den bisherigen Versicherungsleistungen weiterversichert worden sei. Der Art. 9 AVB EKr habe zur Folge, dass der Versicherungsanspruch des Klägers per 5. September 1996 erloschen sei. Der Übertritt sei ausdrücklich zu den Bedingungen und Tarifen der EKr erfolgt, die von denjenigen der KKr abwichen. Die Beklagte gewähre die bisherigen Versicherungsleistungen nur im Rahmen der AVB EKr, dies sei in Art. 5 AVB KKr so vorgesehen und von Anfang an Vertragsbestandteil gewesen.

Gemäss Beweisverfügung Ziff. 1 hat der Kläger diejenigen Tatsachen und Umstände zu beweisen, aus denen sich ergibt, dass die Beklagte die Taggeldleistungen (inkl. Zins) aus der Police Nr. .. ab Oktober 1998 bis zum Urteilszeitpunkt auszurichten hat. Im weiteren hat er gemäss Ziff. 2 zu beweisen, dass seinerseits die Voraussetzungen vorliegen, wonach im die Beklagte ab Urteilszeitpunkt bis Ende Februar 2000 die Leistungen aus der obgenannten Police schuldet. Die Beklagte ist zum Gegenbeweis zugelassen.

Der Kläger gab per Ende April 1996 seine Erwerbstätigkeit auf, was gemäss Art. 4b Ziff. 1 AVB KKr das Erlöschen des Versicherungsschutzes zur Folge hatte. Die Parteien sind sich einig darüber, dass bis zum 18. Juli 1996 der Kollektiv-Versicherungsvertrag mit den

AVB KKr galt. Auch ist unbestritten, dass dieser nach Art. 5 AVB KKr in einen Einzelversicherungsvertrag umgewandelt wurde (KB 7 und 8).

Uneinigkeit herrscht jedoch über die Frage, nach welchen AVB der Einzelversicherungsvertrag zu beurteilen ist. Der Kläger begründet seinen Anspruch mit den AVB KKr, insbesondere Art. 22, wonach die Versicherung in der ganzen Welt, ausserhalb Europas nur für Reisen und Aufenthalte bis zu 12 Monaten gilt, unter dem Vorbehalt von Art. 23. Die Beklagte jedoch beruft sich auf die AVB EKr, insbesondere Art. 9, welcher die Versicherung ausserhalb der Schweiz auf 12 Monate beschränkt.

Zur Beurteilung der Geltung von allgemeinen Geschäftsbedingungen haben Lehre und Praxis verschiedene Regeln entwickelt, die aufgrund Art. 100 VVG ausdrücklich auch bei Versicherungsverträgen gelten, sofern das VVG nichts anderes bestimmt. Zusammen mit den Vorschriften des VVG gelten folgende Regeln (Gauch/Schluop, Schweizerisches Obligationenrecht, AT I, 6. Auflage, N 1127ff; Schriftenreihe zum Konsumentenschutzrecht, Band 16, Allgemeine Versicherungsbedingungen im Lichte der neuesten Entwicklung auf dem Gebiet der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Zürich 1985, S. 155 ff).

Das Vertrauensprinzip ist die Grundregel zur Frage, ob ein Vertrag gültig zustande gekommen ist. Es besagt, dass Willensäusserungen so auszulegen sind, wie sie vom Empfänger in guter Treue verstanden werden durften und mussten (BGE 113 II 50). Das Vertrauensprinzip verlangt die objektiv-konkrete Auslegung der dem Vertrag zugrunde liegenden Willenserklärungen. Daraus ergibt sich die Frage, ob der Verwender von AVB nach Treu und Glaube annehmen darf, dass dem Vertragspartner in der konkreten Situation die Massgeblichkeit der AVB bekannt war. Dies hängt wesentlich vom Kunden ab. Liegt ein Vertrag des Massengeschäfts vor, so ist zu vermuten, dass der Kunde ein geschäftsunerfahrener Konsument mit erhöhtem Schutzbedürfnis ist (Schriftenreihe zum Konsumentenschutzrecht, a.a.O., S. 155 f).

Ein Ausfluss des Vertrauensprinzips ist die Regel, dass die Individualabrede gegenüber global vereinbarten AVB den Vorrang hat. Insbesondere beim Versicherungsvertrag gilt die Regel, dass die Police den AVB vorgeht (Schriftenreihe zum Konsumentenschutz, a.a.O., S. 166).

Die den AVB global zustimmende Partei musste die Möglichkeit haben, sich vom Inhalt der Allgemeinen Bedingungen in zumutbarer Weise Kenntnis zu verschaffen. Beim normalen Konsumenten müssen die AVB spätestens bei Vertragsschluss übergeben werden (Art. 3 VVG).

Wenn es sich um eine ungewöhnliche Bestimmung handelt, mit der eine global zustimmende Partei nicht gerechnet hat und aus Sicht zur Zeit des Vertragsabschlusses vernünftigerweise nicht rechnen musste, ist nach der Ungewöhnlichkeitsregel eine solche Bestimmung unverbindlich. Ungewöhnlich sind überraschende Bestimmungen, insbesondere solche, deren Inhalt im Kontext des konkreten Vertrages atypisch ist, aber auch wenn der Sinn und die Tragweite einer Bestimmung infolge komplizierter Formulierung verklausuliert ist oder wenn sie aufgrund ihres Standortes innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer überraschend und unerwartet erscheint (Gauch/Schluop, a.a.O., N 1141; Schriftenreihe zum Konsumentenschutzrecht, a.a.O., S. 163).

Zur Auslegung von Verträgen mit AVB dienen die gleichen Mittel und Regeln wie für Individualverträge (Gauch/Schluop, a.a.O., N 1205):

Vorab gilt der Wortlaut der AVB, der nach dem allgemeinen Sprachgebrauch, aber auch nach dem besonderen Sinn im Verkehrskreis, nach einem allfälligem juristischen-technischen Sinn, aber auch nach der Systematik, also nach der Stellung im Vertragstext zu verstehen ist. Ergänzend kommen dazu die Umstände des Vertragsabschlusses, der Vertragsverhandlungen, die Interessenslage der Parteien bei Vertragsabschluss sowie die Verkehrsübung.

Als weitere Regel gilt, dass die Auslegung ex tunc zu erfolgen hat, d.h. der Richter hat sich geistig in die Zeit des Vertragsabschlusses und in die damalige Lage der Parteien zurückzusetzen.

Auch bei der Auslegung vom Vertragsinhalt ist das Vertrauensprinzip vor allem dann geeignet, wenn sich der Auslegungsstreit praktisch auf die Auslegung einer einzelnen Vertragserklärung reduziert (Gauch/Schluep, a.a.O., N 1226).

Die Unklarheitenregel besagt, dass unklare Bestimmungen im Vertragstext zuungunsten derjenigen Partei auszulegen sind, die sie verfasst hat. Diese Regel ist erst anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsregeln versagen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (BGE 118 II 344). Diese Regel ist in Art. 33 VVG ausdrücklich festgehalten: Soweit es das VVG nicht anders bestimmt, haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche er versichert hat, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Lässt sich also der Sinne einer Ausschlussklausel nicht eindeutig erfassen, so entfaltet sie keine Wirkung (Schriftenreihe zum Konsumentenschutzrecht, a.a.O., S. 180).

Stehen die Geltung und der Inhalt von AVB einmal fest, stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit deren Inhalts, der Richter hat also eine Inhaftskontrolle vorzunehmen. Bei irreführenden AVB ist zu prüfen, ob sie nach Art. 20 OR i.V.m. Art. 8 UWG nichtig sind. Art. 8 UWG bestimmt, dass unlauter handelt, wer missbräuchliche Geschäftsbedingungen verwendet. Missbräuchlich sind AVB, die in irreführender Weise zum Nachteil einer Vertragspartei a) entweder von der unmittelbaren oder sinngemäss anwendbaren gesetzlichen Ordnung erheblich abweicht oder b) eine der Vertragsnatur erheblich widersprechende Verteilung von Rechten und Pflichten vorsieht (Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, OR I, Basel 1996, N 25 ff zu Art. 20).

Unbestritten ist, dass zur Beurteilung der Kollektiv-Versicherung die AVB KKr massgebend sind. Einig sind sich die Parteien auch über die Geltung von Art. 5 AVB KKr, der das Übertrittsrecht in folgendem Wortlaut regelt:

#### "1. Übertrittsrecht

Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des vorliegenden Versicherungsvertrages hat der in der Schweiz wohnhafte Versicherte das Recht, in die Einzelversicherung der Gesellschaft überzutreten. Das Übertrittsrecht ist innert 30 Tagen geltend zu machen

#### 2. Weiterversicherung

Im Rahmen der Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung gewährt die Gesellschaft die bisherigen Versicherungsleistungen. Massgebend für die Weiterführung der Versicherung sind Gesundheitszustand und Alter zur Zeit des Eintritts in die Kollektivversicherung.

Bei Arbeitsunfähigkeit zur Zeit des Übertritts besteht von diesem Datum an Anspruch auf Leistungen der Einzelversicherung. In diesem Falle sowie bei Rückfällen innert 180 Tagen werden die Tage, für die Taggelder aus dem vorliegenden Vertrag erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der Einzelversicherung angerechnet.(...)"

Genauerer Betrachtung bedarf der erste Satz der Ziff. 2:

"Im Rahmen der Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung gewährt die Gesellschaft die bisherigen Versicherungsleistungen."

Nach Art. 9, 2. Satz, AVB EKr erlischt die Versicherungsdeckung nach 12 Monaten Auslandsaufenthalt, "sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde". Der Nebensatz verdeutlicht die allgemeine Regel, wonach Individualabreden gegenüber global vereinbarten AVB den Vorrang haben.

Es ist also zu prüfen, ob mit dem Abschluss der EKr die Parteien eine Individualvereinbarung getroffen haben, welche die Anwendung der AVB EKr zu Gunsten der AVB KKr ausschliesst:

Die EKr-Police vom 18. Juli 1996 hält unter dem Titel "Besondere Bestimmungen" in Ziff. 2, Abs. 2 fest:

"Im laufenden Krankheitsfall gilt zudem folgendes: Diese Leistungen (Anm.: Die Ergänzung der IV-Taggelder bis zur Höhe des tatsächlichen Lohnausfalles) erfolgen bis zur Erschöpfung der Leistungsdauer von 720 Tagen und zwar gemäss den Allgemeinen Bedingungen der alten Police unter Anrechnung der aus der Kollektivversicherung bereits erbrachten Taggelder.

Schon der Titel weist den Versicherungsnehmer darauf hin, dass nachfolgend von den AVB abweichende, individuelle Abreden festgehalten werden. Verdeutlicht wird dies durch die Einleitung des 2. Abschnittes mit "im laufenden Krankheitsfall". Dies klärt, dass mit der Police eine besondere, auf den bezeichneten Versicherungsnehmer zugeschnittene Lösung vereinbart wurde. Gemäss dieser Lösung soll der Kläger trotz Abschluss der EKr seinen tatsächlichen Lohnausfall während 720 Tagen ersetzt erhalten, sei dies durch Ergänzung der IV-Leistungen oder durch vollen Ersatz durch die Beklagte. Die Leistungen sollen ausdrücklich gemäss den "Allgemeinen Bedingungen der alten Police", also nach den AVB KKr, erfolgen. Die Leistungspflicht der Beklagten ist daher nach den AVB KKr zu beurteilen.

Dieses Zwischenergebnis wird zusätzlich durch die letzte Zeile der EKr-Police auf Seite 1 untermauert, wo das Taggeld wie folgt umschrieben wird:

Taggeld vom 31. bis zum 720. Tag Fr. 200. - inkl. Unfälle Ziff. 21 AVB

Im ersten Moment ist nicht klar, auf welche AVB verwiesen wird. Mit Art. 21 AVB KKr verzichtet die Gesellschaft auf ihr Recht, ihre Leistungen zu kürzen, wenn die Krankheit oder der Unfall grobfahrlässig herbeigeführt worden sind. In Art. 21 AVB EKr ist von Unfall keine Rede, sondern er bestimmt lediglich, an wen die Mitteilungen des Versicherungsnehmers zu richten sind. Es ist daher davon auszugehen, dass die Police auch an dieser Stelle auf die AVB KKr verweist.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass sich die Leistungspflicht der Beklagten nach den AVB KKr, insbesondere nach Art. 22, beurteilt.

Art. 22 AVB KKr steht unter dem Vorbehalt von Art. 23, insbesondere lit. c Abs. 8, dessen Geltung nachfolgend zu prüfen ist. Sie wird zwar von keiner Partei bestritten, trotzdem hat der Richter von Amtes wegen auch diesbezüglich den Konsens der Parteien zu prüfen (Art. 47 Abs. 2 VAG).

Wie bereits festgestellt, hat der Kläger mit dem Abschluss der KKr auch die AVB KKr global anerkannt. Eine den Art. 23 lit. c Abs. 8 zurückdrängende Individualabrede ist weder geltend gemacht worden noch erkennbar.

Durch die Zustellung der AVB KKr mit der per 1. Januar 1996 angepassten Police und dem Schreiben vom 21. November 1995 wurden sie dem Kläger zur Kenntnis gebracht, und er hat sie unwidersprochen als Bestandteil des Versicherungsvertrages akzeptiert (Art. 3 und 12 VVG).

Laut Art. 22 AVB KKr, "örtlicher Geltungsbereich, gilt die Versicherung in der ganzen Welt, ausserhalb Europas jedoch nur für Reisen und Aufenthalte bis zu 12 Monaten. Vorbehalten bleibt Art. 23".

Art. 23, "Taggeld", ist seiner Länge wegen in Unterkapitel geteilt. Im Zwischentitel "c) Leistungsdauer", 8. Absatz, wird bestimmt, dass ein erkrankter Versicherter, der sich ohne Zustimmung ins Ausland begibt, in jedem Falle erst vom Zeitpunkt seiner Rückkehr an Anspruch auf Leistungen hat. Es ist zu prüfen, ob dieser Vorbehalt in Art. 23 lit. c Abs. 8 AVB KKr für den Kläger gilt.

Eine Auslegung nach dem Vertrauensprinzip (vorne, Ziffer 3.1) ergibt, dass der Wortlaut dieser Bestimmungen klar formuliert ist und vom Empfänger nicht anders verstanden werden kann.

Ist die Bestimmung im Sinne der Ungewöhnlichkeitsregel (vorne, Ziff. 3.4) für den Kläger aber unverbindlich? Art. 23 AVB KKr enthält die Zwischentitel "a) Anspruch", b) War

tefrist und "c) Leistungsdauer". Im letzteren Zwischentitel enthalten die Absätze 2 bis 7 kursiv gedruckte Hinweise zum Thema Leistungsdauer. Der 8. Absatz enthält keine kursiv gedruckten Hinweise und auferlegt dem erkrankten Versicherten die Pflicht, die Zustimmung der Gesellschaft vor einem Auslandsaufenthalt einzuholen, ansonsten der Leistungsanspruch gekürzt wird.

Diese nicht unwesentliche Einschränkung an dieser Stelle und in dieser Form überrascht. Der Leser darf erwarten, dass eine solche Einschränkung im Art. 22 KKr mit der Überschrift "örtlicher Geltungsbereich" explizit aufgeführt wird, wo festgehalten ist, dass die Versicherung "ausserhalb Europa jedoch nur für Reisen und Aufenthalte bis zu 12 Monaten" gilt. Der Versicherungsnehmer darf als Laie erwarten, dass auf eine derart wesentliche Einschränkung im Artikel mit der Überschrift "örtlicher Geltungsbereich" - sachgerecht - hingewiesen wird. Ist das, wie vorliegend, nicht der Fall, dann darf er erwarten, dass er an anderer Stelle klar und eindeutig auf seine Meldepflicht und das Zustimmungserfordernis der Versicherung aufmerksam gemacht wird, z.B. durch Hervorhebung (Fett- oder Kursivschrift). Das ist im hier zu beurteilenden Punkt nicht der Fall: Der Abschnitt steht an zweitletzter Stelle des Artikels und enthält, im Gegensatz zu den vorherigen 6 Absätzen, keine kursiven - also hervorgehobenen - Hinweise. Der Richter kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass diese wesentliche Pflicht des erkrankten Versicherten nebensächlich dargestellt ist und "versteckt" werden soll. Damit ist im Sinne der allgemeinen Überlegungen zu vorne, Ziff. 3.4, festzuhalten, dass die fragliche Bestimmung im Kontext der Art. 22 und 23 AVB KKr wohl nicht gerade atypisch, aber für den Versicherten überraschend und unerwartet an dieser Stelle aufgeführt ist. Aus diesem Grund ist Art. 23 lit. c Abs. 8 AVB KKr für den Kläger nicht anwendbar; die Beklagte kann aus der unbestrittenermassen unterlassenen Meldepflicht des Klägers nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine Inhaltskontrolle gemäss III Ziff. 5, vorne. Zusammenfassend ist also festzustellen, dass in Anwendung der Ungewöhnlichkeitsregel die Bestimmung in Art. 23 lit. c Abs. 8 AVB KKr für den Kläger unverbindlich ist.

Somit ist der Versicherungsvertrag nach den AVB KKr ohne den unverbindlichen Abschnitt zu beurteilen:

Ohne die Meldepflicht gilt die Versicherung nach Art. 22 AVB KKr uneingeschränkt auch für den in Frankreich wohnhaften Kläger. Für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch nach Ablauf der in der Police festgesetzten Wartefrist, zahlt die Versicherung das vereinbarte Taggeld (Art. 23 lit. a Abs. 1 AVB KKr). Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, die Gesellschaft zahlt das Taggeld danach für höchstens 720 Tage aus (Art. 23 lit. b Abs. 1 und lit. c Abs. 1 AVB KKr). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% erbringt die Gesellschaft das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit; Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% zählen für die Erreichung der Wartefrist voll, für die Berechnung der Höchstdauer hingegen nur anteilmässig (Art. 23 lit. d AVB KKr).

Gemäss Police vom 14. Juli 1996 ist das Taggeld vom 31. bis zum 720 Tag im Betrag von Fr. 200.- zu bezahlen. Bei einer 50% Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 1996 hatte der Kläger also ab dem 1. Februar 1996 während 1410 Tagen Anspruch auf Fr. 100.-/Tag. Die Taggelder wurde ihm aber erst ab März 1996 ausbezahlt, und der Kläger macht 1410 Tage bzw. 47 Monate geltend. Ihm sind bis September 1998, also während 31 Monaten, Taggelder entrichtet worden, weshalb er ab Oktober 1998 noch für 16 Monate Taggelder zu Gute hat. Die Leistungspflicht dauert somit noch bis und mit Februar 2000. Im Moment des Urteils vom 11. Oktober 1999 schuldete die Beklagte dem Kläger Taggelder für 12 Monate und 11 Tage, also Fr. 37'100.-.

Der Kläger verlangt einen Verzugszins seit wann rechtens. Weder die Police noch die AVB KKr enthalten Bestimmungen über den Verzugsseintritt bei ausstehenden Taggeldern. Auch im VVG sind keine besonderen Verzugsregeln zu finden, weshalb vorliegend Art. 102 ff und insbesondere Art. 105 Abs. 1 OR zur Anwendung kommen. Zwar gilt die Vorla

derung zum Aussöhnungsversuch als Klageerhebung i.S.v. Art. 105 Abs. 1 OR, nicht jedoch der Verzicht auf die Durchführung des Aussöhnungsversuchs. Denn das Bundesrecht versteht unter Klageerhebung jene prozessleitende oder vorbereitende Handlung des Klägers, mit der er zum ersten Mal in bestimmter Form für den von ihm erhobenen Anspruch den Richter anruft (Leuch/Marbach/Kellerhals, Die Zivilprozessordnung des Kantons Bern, Bern 1995, N 3 zu Art. 144). Aus diesen Gründen erkennt der Richter den Verzugseintritt mit der Zustellung der Klage an den Beklagten am 26. Januar 1999. Somit schuldet die Beklagte dem Kläger Verzugszinse zu 5% von 37'100.- seit 4. Juni 1999 (mittlerer Verfall).

Somit ist dem Kläger der Beweis gelungen, wonach die Beklagte die Taggeldleistungen (inkl. Zins) aus der Police Nr. .. ab Oktober 1998 bis Ende Februar 2000 schuldet. Die Beklagte ist somit zu verurteilen, dem Kläger Fr. 37'100.- nebst Zins zu 5% seit 5. Mai 1999 zu bezahlen. Im weiteren ist festzustellen, dass die vertragliche Leistungspflicht der Beklagten auf Ausrichtung von Taggeldern an den Kläger aus der Police Nr. .. bis Ende Februar 2000 andauert.

#### IV. Kosten

Gemäss Art. 47 Abs. 2 und 3 VAG ist das Verfahren kostenlos. Schliesst das Bundesrecht die Auferlegung von Gerichtsgebühren aus, so wird dadurch die Zusprechung einer Parteikostenentschädigung an die obsiegende Partei nicht ausgeschlossen (Leuch/Marbach/Keilerhals, a.a.O., N 4 zu Art. 57).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beklagte die Parteikosten des Klägers zu bezahlen (Art. 58 Abs. 1 ZPO). Diese werden gemäss Kostennote bestimmt auf Fr. 9'500.-- Anwaltshonorar, Fr. 124.- Auslagen und Fr. 721.- MwSt. (7.5% auf Fr. 9'624.-).