/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2012

Ausgabe zum 40-jährigen
Bestehen der Ombusstelle

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Stiftungsrat	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Dr. Fulvio Caccia, a. Nationalrat, Camorino, Vizepräsident RA Dr. Gabi Huber, Nationalrätin, Altdorf Alfred Leu, CEO Generali (Schweiz) Holding, Adliswil Francis Matthey, a. Staatsrat, La Chaux-de-Fonds RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root Hanspeter Seiler, a. Nationalratspräsident, Oberhofen Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur
Ombudsman	Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
Ombudsstelle Deutsche Schweiz	Nathalie Tuor, Rechtsanwältin Peter Arnold, Rechtsanwalt (bis 30. September 2012) Laura Meile, Rechtsanwältin Stefanie Maag, Rechtsanwältin Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin (ab 1. November 2012) Jacqueline Müller, Assistenz Dr.phil. Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, Assistenz
Zweigstellen Französische Schweiz	Me Olivier Subilia, Docteur en droit, Avocat
Italienische Schweiz	Avv. Carlo Luigi Caimi

Vorwort
zum 40-jährigen Bestehen der Ombudsstelle

Liebe Leserinnen und Leser

Die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva konnte am 2. Juni 2012 ihr 40-jähriges Jubiläum feiern. Im Jahr 1972, als die Ombudsstelle ihre Tätigkeit aufnahm, wurden teils grosse Bedenken darüber geäussert, ob die «Figur» des Ombudsman, so wie sie von ihren Promotoren geschaffen wurde, nicht eine «Totgeburt» sei. Dies zumal der Ombudsman keine Entscheidkompetenzen besitze, und weil die Stiftung von der Versicherungswirtschaft finanziert sei.
Diese Befürchtungen haben sich nicht bewahrheitet. Der Bedarf nach neutraler, interessensungebundener Vermittlung durch die Ombudsstelle als kostenlose, effiziente und lösungsorientierte Alternative zu prozessualen Verfahren, kann heute als ausgewiesen bezeichnet werden. Der Ombudsstelle sind mittlerweile alle grösseren Versicherer angeschlossen. Seit ihrer Gründung vor mehr als 40 Jahren wurden ca. 80'000 Anfragen und Beschwerden bearbeitet. Im Jahr 2002 wurde der Ombudsstelle der Bereich der obligatorischen Unfallversicherung angegliedert, dies gleichzeitig verbunden mit einer Ausdehnung des Wirkungsbereichs auf die Suva. Im Jahr 2006 kam der BVG-Bereich, die berufliche Vorsorge, hinzu und im Jahr 2008 die Militärversicherung. Heute ist die Ombudsstelle mit ihren Zweigstellen in der Westschweiz und im Tessin in allen Landesteilen optimal integriert und akzeptiert. Aufgrund der laufenden Zunahme der grenzüberschreitenden Anfragen und Probleme im Versicherungsbereich hat die Ombudsstelle zudem ihre internationale Vernetzung kontinuierlich erweitert. Eine solche Entwicklung setzt voraus, dass die jeweilige Ombudsperson und ihre Mitarbeitenden alle unterbreiteten Anfragen und Beschwerden auf Basis des geltenden Rechts, unabhängig und unparteiisch, transparent und unter Wahrung der Mitwirkung und der Handlungsfreiheit der Parteien bearbeiten. Diese Grundsätze stehen an erster Stelle!
Um zu gewährleisten, dass die Ombudsstelle ihre Aufgabe mit der nötigen Distanz zur Versicherungsbranche wahrnehmen kann, wurde als Trägerin der Ombudsstelle eine Stiftung gegründet, dessen Stiftungsrat nicht von der Branche bestimmt wird. Der Stiftungsrat konstituiert sich selbst und garantiert die Unabhängigkeit der Institution seit mehr als vierzig Jahren. Dem aus acht Mitgliedern bestehenden Stiftungsrat gehören mehrheitlich Personen an, die keine Verflechtungen mit den Privatversicherern und der Suva haben. Die beiden Branchenvertreter sind in der Minderzahl und haben kein Vetorecht. Die weiteren sechs Stiftungsräte sind alle unbefangene, neutrale Persönlichkeiten, die der Bundesversammlung angehören oder angehörten. Stiftungsratspräsident ist seit 1. Januar 2006 Herr Alt-Ständerat Rolf Schweiger.
Dass die Dienstleistung der Ombudsstelle für alle Ratsuchenden unentgeltlich erbracht werden kann, ist nur deshalb möglich, weil der Schweizerische Versicherungsverband und die Suva die vom Sitftungsrat jeweils für ein Jahr budgetierten Ausgaben seit mehr als 40 Jahren ohne Einschränkung und bedingungslos übernehmen.

Wir danken den Versicherten und den Versicherungs-Gesellschaften für das in unsere Institution gesetzte Vertrauen und den Mitarbeitenden der Ombudsstelle für ihr Engagement im Interesse der Ratsuchenden.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2012

Im Berichtsjahr 2012 wurden der Ombudsstelle insgesamt 3892 Anliegen unterbreitet. 3365 Anfragen und Beschwerden fielen in die Zuständigkeit der Ombudsstelle. 527 Anfragen betrafen Anliegen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs.

Die von der Ombudsstelle bearbeiteten Fälle haben im 40. Jubiläumsjahr seit ihrer Gründung damit die beachtliche Anzahl von ca. 80'000 erreicht.

Im Zuständigkeitsbereich hatte sich die Ombudsstelle mit 41 Fällen mehr zu befassen als im Vorjahr. Diese leichte Zunahme der Fallzahlen um 1,2% ist auf einen Anstieg der Anfragen in der französischen Schweiz um 20 (4,8%) und in der italienischen Schweiz um 36 (16,3%) sowie einen leichten Rückgang der Anfragen in der Deutschschweiz um 15 (-0,5%) zurückzuführen.

Erheblich verändert haben sich die Anfragen zu einzelnen Versicherungsbranchen. Den stärksten Zuwachs hat die Branche Rechtsschutz-Versicherungen erfahren, bei denen häufig Vorfragen aus Rechtsgebieten ausserhalb des Versicherungsrechts zu prüfen sind. Dort haben die Anfragen um über 56% von 203 auf 318 zugenommen. Deutlich angestiegen sind auch die komplexen und zeitaufwändigen Beschwerdefälle im UVG-Bereich, in dem sich die Fallzahlen von 519 auf 613 (16,2%) erhöht haben. Ein markanter Rückgang der Anfragen und Beschwerden von 533 auf 375 (-29,6%) hat bei den Lebensversicherungen stattgefunden. Bei den Krankentaggeld-Versicherungen sind die Anfragen von 621 auf 524 (15,6%) ebenfalls deutlich gesunken.

Spürbar zugenommen haben Beschwerdefälle im Personenversicherungsbereich, bei denen der für die Leistungspflicht eines Versicherers relevante Sachverhalt nicht vollständig geklärt werden konnte, weil aufgrund der üblichen Aktenaufbewahrungsdauer von zehn Jahren wichtige Unterlagen zu Ereignissen, die vor mehr als 10 Jahren stattgefunden hatten, nicht mehr beschafft werden konnten.

2995 Anfragen konnten direkt mit den Versicherungsnehmern oder Anspruchstellern erledigt werden. Von den uns unterbreiteten 1400 schriftlichen Beschwerdefällen kam es in 370 Fällen zu Interventionen bei den involvierten Versicherungs-Gesellschaften. Diese führten in 67,1% zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2012

Entwicklung der Fallzahlen 1

Anliegen und Beschwerden pro Branche 3

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren 4

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft 4
– Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung 4
– Aufgliederung nach Sprachregionen 5
– Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden 6

Interventionsfälle 7
– Interventionsquoten 7
– Interventionen pro Branche/Bereich 8
– Erfolgsquote bei Interventionen 9

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften 10

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen 11
– Der Leben-Bereich 11
– Der Nichtleben-Bereich 12

Der UVG-Bereich 16

Der Bereich Berufliche Vorsorge 18

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 20

Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 21

Weitere Aktivitäten 23

Personelle Mutationen 24

Totalrevision VVG

Position der Stiftung zur vorgeschlagenen gesetzlichen Verankerung der Ombudsstelle 25

Statistiken 2012

Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 27

Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 27

Tätigkeit 2003 bis 2012 28

Angeschlossene Versicherungsgesellschaften 29

Übersicht über das Berichtsjahr 2012

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2012 wurden der Ombudsstelle 3892 (Vorjahr 3826) Anliegen unterbreitet.

Anfragen total				3892	(3826)
Zuständigkeit				3365	(3324)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1965	(1899)		
	• davon schriftlich	1030	(1050)	2995	(2949)
Interventionen				370	(375)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich stiegen die Fallzahlen im Vorjahresvergleich um 41 (1,2%) auf 3365, wobei der Anteil der arbeitsintensiven und häufig sehr komplexen Anfragen im Bereich Personen-Versicherungen im Vorjahresvergleich von 55,5% auf 49,4% gesunken ist. Berücksichtigt man auch Beschwerden gegen Reiseversicherungen, welche sich vor allem gegen die abgelehnte Übernahme von gesundheitsbedingten Annullationskosten, Assistance-Leistungen und Heilungskosten richten, bewegt sich der Anteil der Personenversicherungen im Zuständigkeitsbereich mit ca. 53% weiterhin auf hohem Niveau. Unverändert hoch ist insbesondere auch die Anzahl von umfangreichen Dossiers, deren Komplexität auf schwierige Kausalitätsfragen zurückzuführen ist, weil bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehrere Gesundheitsprobleme bestanden.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

Sachbereich	2012	2011
AHV	13	14
ALV	3	9
IV	23	37
Krankenkassen	256	250
Kantonale Versicherungen	18	18
Im Ausland domizilierte Versicherungs-Gesellschaften	13	6
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	45	41
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	55	44
Diverses	101	82
Mutterschaftsversicherung	0	1
Total	**527**	**502**

Die Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs sind im Vorjahresvergleich ebenfalls leicht angestiegen. Zugenommen haben insbesondere die unter der Rubrik «Diverses» erfassten Anliegen (von 82 auf 101), welche sich nicht gegen einen Versicherer richteten. Darunter fallen unter anderem Beschwerden gegen Versicherungsbroker und arbeitsrechtliche Anfragen zur Höhe der BVG-Arbeitgeberbeiträge, der Lohnfortzahlung bei gesundheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit, Lohnabzüge für Versicherungsprämien etc. Knapp die Hälfte der Anliegen, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig war, betrafen wie in früheren Jahren Krankenkassen (256). Diese Ratsuchenden wurden jeweils an den Ombudsman der Krankenversicherung weiter verwiesen.

Im Bereich Personenversicherungen entfielen 603 Fälle (519) auf UVG-Versicherungen, gefolgt von 524 Fällen (621) zu Krankentaggeld-Versicherungen, 375 Anfragen (533) zu Lebensversicherungen, 104 Fällen (133) zum BVG-Bereich und 55 Fällen (40) zu privaten Unfallversicherungen.

Die Fallzahlen zum UVG-Bereich beinhalten auch die Anfragen zur Militärversicherung. Es handelte sich dabei im Jahr 2012 um insgesamt 6 Fälle.

Obligatorische Unfallversicherung	603	(519)
Krankentaggeld-Versicherung	524	(621)
Lebensversicherung	375	(533)
BVG-Bereich	104	(133)
Private Unfallversicherung	55	(40)
Total	**1661**	**(1846)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Die Gründe dafür, worauf die Verschiebung in der Rangliste der Fallzahlen bei Personenversicherungen zurückzuführen ist, sind uns nicht bekannt. Im Ergebnis entspricht sie derjenigen des vorletzten Berichtsjahrs 2010.

Der Anteil der Anfragen, bei denen im UVG-Bereich bereits eine Verfügung erlassen worden war, ist von ca. 18% auf 14% gesunken. In diesen Fällen konnte die Ombudsstelle nicht mehr tätig werden. Die Zuständigkeit der Ombudsstelle ist in UVG-Angelegenheiten nur solange gegeben, als noch keine Verfügung ergangen ist. Mit Erlass einer Verfügung beginnt das Verwaltungsverfahren. Ab Beginn desselben besteht kein Raum mehr für unsere neutrale Vermittlungstätigkeit. In denjenigen Fällen, in denen noch keine Verfügung erlassen worden war, empfahlen wir daher den UVG-Versicherten, die unsere Dienste in Anspruch nehmen wollten, den UVG-Versicherer unverzüglich darum zu bitten, dass er mit dem allfälligen Erlass einer Verfügung noch zuwarte, damit wir unsere Dienstleistung erbringen können. Auf entsprechende Gesuche wurde von den Versicherern jeweils eingetreten, so dass wir unsere Aufgabe wahrnehmen konnten.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	2012	A	B	C	D	2011
Autohaftpflicht	314	69	68	143	34	304
Arbeitslosigkeit	2	0	0	2	0	1
Diebstahl	77	14	3	51	9	58
Fahrzeugkasko	140	33	27	71	9	138
Feuer/Elementar	37	12	2	20	3	17
Gebäude/Glas	89	28	13	36	12	70
Haftpflicht	329	52	20	220	37	332
Hausrat	180	57	42	65	16	154
Kaution	1	0	0	1	0	5
Krankheit	524	109	61	274	80	621
Leben	375	148	29	138	60	533
Maschinen	0	0	0	0	0	1
Rechtsschutz	318	80	51	141	46	203
Reise	130	28	1	81	20	114
Schmuck	8	2	0	5	1	8
Tiere	11	1	3	6	1	2
Transport	1	1	0	0	0	3
Unfall privat	55	17	4	29	5	40
Wasser	45	9	3	27	6	32
Kreditgarantie	21	2	1	14	4	36
Garantie	1	1	0	0	0	0
UVG	603	61	243	216	83	519
BVG	104	14	24	50	16	133
Total	**3365**	**738**	**595**	**1590**	**442**	**3324**

A: Vertrag: Deckungsumfang; Anzeigepflichtverletzung; Rückkauf (Lebensversicherung); Anpassung an neue AVB; Handänderung / Wegfall des Versicherungsrisikos
B: Kündigung: Prämienanpassung; Teilbarkeit der Prämie; Bonus/Malus; Selbstbehalt
C: Leistung/Schadenerledigung: Versicherungsleistung (ungenügend/Ablehnung); Unterversicherung; Kürzung der Leistungspflicht / Regressforderung; Verjährung
D: Diverses: Allgemeine Versicherungsinformation; Verfahrensabläufe; Beratung

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

Bereich	2012	2011	2010	2009	2008
Leben	375	533	534	648	752
Autohaftpflicht	314	304	303	354	337
Krankheit	524	621	569	475	332
Allgemeine Haftpflicht	329	332	304	350	374
UVG	603	519	637	651	712

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahr 2012 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	2015	(2076)
Frauen	1542	(1494)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	335	(256)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2012	2011	Differenz
Deutsche Schweiz	3039	3026	+ 13
Französische Schweiz	534	523	+ 11
Italienische Schweiz	319	277	+ 42
Total	**3892**	**3826**	**+ 66**

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2012	2011	Differenz
Deutsche Schweiz	2668	2683	- 15
Französische Schweiz	440	420	+ 20
Italienische Schweiz	257	221	+ 36
Total	**3365**	**3324**	**+ 41**

Betrachtet man die Entwicklung der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich in den verschiedenen Sprachregionen, weisen diejenigen in der italienischen Schweiz (+16,3%) und der französischen Schweiz (+4,8%) eine Zunahme auf, während die Zahlen in der Deutschschweiz (- 0,5%) nahezu konstant geblieben sind.

Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden

	Total		VVG		UVG		BVG		Unzuständig	
AG	276	(284)	190	(200)	45	(45)	4	(15)	37	(24)
AI	6	(5)	2	(3)	2	(2)	0	(0)	2	(0)
AR	9	(16)	7	(12)	1	(2)	1	(0)	0	(2)
BE	414	(399)	274	(288)	70	(47)	11	(9)	59	(55)
BL	141	(144)	90	(104)	30	(19)	5	(5)	16	(16)
BS	131	(137)	95	(107)	15	(14)	6	(4)	15	(12)
FR	85	(108)	63	(79)	10	(15)	4	(2)	8	(12)
GE	142	(126)	108	(93)	16	(11)	0	(3)	18	(19)
GL	19	(11)	10	(4)	7	(6)	1	(0)	1	(1)
GR	37	(60)	28	(40)	7	(9)	0	(1)	2	(10)
JU	17	(27)	10	(19)	7	(5)	0	(0)	0	(3)
LU	183	(123)	117	(89)	36	(15)	5	(9)	25	(10)
NE	50	(41)	40	(33)	4	(4)	0	(0)	6	(4)
NW	13	(16)	10	(10)	0	(2)	0	(0)	3	(4)
OW	9	(5)	5	(5)	2	(0)	0	(0)	2	(0)
SG	138	(137)	99	(101)	25	(17)	2	(3)	12	(16)
SH	27	(34)	19	(25)	6	(4)	0	(2)	2	(3)
SO	90	(93)	63	(74)	10	(7)	3	(1)	14	(11)
SZ	68	(63)	49	(43)	14	(12)	1	(1)	4	(7)
TG	94	(79)	68	(54)	10	(11)	3	(4)	13	(10)
TI	341	(271)	247	(191)	15	(18)	15	(17)	64	(45)
UR	11	(7)	11	(4)	0	(0)	0	(2)	0	(1)
VD	300	(273)	206	(180)	18	(22)	13	(8)	63	(63)
VS	78	(84)	60	(60)	5	(11)	0	(4)	13	(9)
ZG	62	(56)	37	(40)	13	(5)	2	(4)	10	(7)
ZH	1023	(1122)	681	(746)	200	(203)	24	(31)	118	(142)
Ausland	128	(105)	69	(68)	35	(13)	4	(8)	20	(16)
Insgesamt	**3892**	**(3826)**	**2658**	**(2672)**	**603**	**(519)**	**104**	**(133)**	**527**	**(502)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist von 375 auf 370 zurückgegangen.

Mehrfach-Interventionen werden in der nachstehenden Tabelle als eine Intervention erfasst.

	2012	2011	Differenz
Deutsche Schweiz	296	304	- 8
Französische Schweiz	66	64	+ 2
Italienische Schweiz	8	7	+ 1
Total	**370***	**375**	**- 5**

*Davon waren Ende 2012 328 abgeschlossen.

Interventionsquoten

Da telefonische Anfragen nie zu einer Intervention führen, erfolgt die Berechnung der Interventionsquote ab dem Berichtsjahr 2012 nur noch auf Basis der uns schriftlich unterbreiteten Anfragen.

Privatversicherung	27,8%
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	19,1%
Sammelstiftungen BVG	24,4%

Die Anzahl der Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, hat im Vorjahresvergleich von 92 Fällen (24,5%) auf 89 Fälle (24%) abgenommen.

Die grösste Interventionsquote war im Bereich Einzelleben zu verzeichnen (35,2%). Die Rangliste der Mehrfachinterventionen führte wiederum der Bereich Einzelleben an (33,8%), gefolgt vom UVG-Bereich (27,5%) und der Branche Krankentaggeld (26,2%). Bei diesen Personenversicherungen stellen sich nicht nur besonders häufig komplexe Sachverhalts- und Rechtsfragen. Soweit diese Interventionsfälle Versicherungsleistungen infolge Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Taggelder und Renten) zum Gegenstand haben, erreichen sie rasch einen Streitwert im fünfstelligen, teils auch im sechsstelligen Bereich. Hierbei geht es um Leistungen mit grosser Tragweite für die betroffenen Personen, welche oft existenziell bedeutsam sind. Für die betroffenen Versicherten stellt das gütliche und lösungsorientierte Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle daher speziell auch in diesen Bereichen eine wichtige Alternative zum konfliktorientierten und langwierigen Prozessweg dar.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3Int.	4 Int.	Total Int.
Autohaftpflicht	289	22	3	0	0	25
Arbeitslosigkeit	2	0	0	0	0	0
Hausrat	157	20	2	1	0	23
Diebstahl	65	8	1	3	0	12
Elementar	20	1	0	0	0	1
Feuer	13	3	0	0	0	3
Kasko	129	9	2	0	0	11
Gebäude	72	10	2	0	0	12
Glas	5	0	0	0	0	0
Garantie	1	0	0	0	0	0
Haftpflicht	294	29	5	0	1	35
Krankheit	482	31	9	2	0	42
Kaution	1	0	0	0	0	0
Kreditgarantie	16	3	2	0	0	5
Leben	301	49	16	4	5	74
Maschinen	0	0	0	0	0	0
Reise	110	9	9	2	0	20
Rechtsschutz	277	36	3	2	0	41
Schmuck	8	0	0	0	0	0
Transport	1	0	0	0	0	0
Tier	6	4	1	0	0	5
Unfall privat	50	5	0	0	0	5
Wasser	40	4	1	0	0	5
UVG	563	29	9	2	0	40
BVG	93	9	1	1	0	11
Insgesamt	**2995**	**281**	**66**	**17**	**6**	**370**

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2012 abgeschlossenen 328 Interventionen war in 220 Fällen (67,1%) positiv und in 94 Fällen (28,6%) negativ. In 14 Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst.

In der grossen Mehrheit der Interventionsfälle konnte die Ombudsstelle die Position des Versicherers nach eingehender Prüfung der Stellungnahmen der Parteien und der Akten- und Beweislage nachvollziehen. Dies gilt nicht nur bezüglich derjenigen Fälle, bei denen der Versicherer nach nochmaliger Prüfung des Falles an seiner bisherigen Position festhielt, sondern auch in den Fällen, in denen der Versicherer im Rahmen einer Intervention nur teilweise entgegenkam. In sämtlichen Fällen gibt die Ombudsstelle den Parteien ihre eigene rechtliche Beurteilung bekannt. Weicht diese von derjenigen des Versicherers ab, gibt der Ombudsman dem Versicherer nochmals Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor er der Beschwerde führenden Partei allenfalls den Beizug eines Anwalts empfiehlt. Letzteres war lediglich in ein paar wenigen Einzelfällen nach intensiven Verhandlungen und entsprechender Vorankündigung an den Versicherer der Fall, bei denen die Ombudsstelle überzeugt war, dass die Position des Versicherers einer gerichtlichen Beurteilung des Falles kaum standhalten dürfte.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Versicherungs-Gesellschaften funktionierte in den meisten Fällen sehr gut.

Die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsman, bei denen es sich meistens um Direktions- oder Geschäftsleitungsmitglieder der einzelnen Gesellschaften handelt, leisteten einen wesentlichen Beitrag zur guten Zusammenarbeit zwischen den Versicherern und der Ombudsstelle. Bearbeiten sie die Interventionsfälle nicht selbst, koordinieren sie die internen Abläufe und sorgen insbesondere dafür, dass Interventionsfälle speditiv, seriös, mit der nötigen Priorität und nochmals möglichst unbefangen durch eine bisher noch nicht in die Fallbearbeitung involvierte Person in Wiedererwägung gezogen werden. Dementsprechend war die Qualität der Stellungnahmen in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert.

Einige Ansprechpartner sehen in den Interventionen der Ombudsstelle insofern einen positiven Nebeneffekt, als sie der eigenen Qualitätskontrolle und der Verbesserung der internen Abläufe dienen.
Unbefriedigend war die Zusammenarbeit mit Versicherern nur in wenigen Einzelfällen. Als Beispiel seien Fälle erwähnt, in denen überhaupt nicht oder allzu schematisch auf die von der Ombudsstelle vorgebrachten Argumente eingegangen worden war. Solche Fälle erforderten jeweils eine neue Intervention. Unbefriedigend waren zudem einzelne Stellungnahmen von UVG-Versicherern, die den Erlass einer Verfügung «in den nächsten Tagen» ankündigten. Auch in diesen Fällen musste der Ombudsman nochmals intervenieren, damit wir unsere Aufgabe wahrnehmen konnten. Dazu gehört auch die seriöse Prüfung der abschliessenden Stellungnahme des Versicherers und die anschliessende Information der Beschwerde führenden Partei über die abschliessende Beurteilung der Ombudsstelle, bevor eine UVG-Verfügung erlassen wird.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle beträgt im Bereich Personenversicherungen nach wie vor durchschnittlich vier bis sechs Wochen. In diesem Bereich sind zur Beurteilung eines Interventionsfalles häufig noch medizinische Abklärungen durch beigezogene Ärzte nötig, auf deren Speditivität durch den Versicherer nur begrenzt Einfluss genommen werden kann.

In den anderen Bereichen (Nichtlebenbereich, d.h. Sach- und Haftpflichtversicherungen etc.) ist die Bearbeitungsdauer von Interventionen im Vergleich zum Vorjahr kürzer geworden. Sie beträgt bei den meisten Versicherern zwei bis vier Wochen. Lediglich bei ein paar wenigen Gesellschaften beträgt die Bearbeitungsdauer von Interventionsfällen im Nichtlebenbereich regelmässig mehr als vier Wochen, weshalb die Bearbeitungsdauer seitens der Ombudsstelle in einigen Fällen beanstandet werden musste.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Im Berichtsjahr sind die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung von 533 auf 377 zurückgegangen. Dies entspricht einer Abnahme der Anfragen und Beschwerden um mehr als 30%.

Die Abnahme der Fallzahlen betrifft im Besonderen die bis anhin zahlreichen Beschwerdefälle zu den von Lebensversicherern vorgenommenen Reduktionen von Überschussbeteiligungen. Dies dürfte teils darauf zurückzuführen sein, dass die Medien im Berichtsjahr intensiv über die anhaltend schwierige Kapitalmarktsituation und die tiefen Zinssätze berichtet haben. Gemäss den Feststellungen des Ombudsman haben diejenigen Lebensversicherer, die im Berichtsjahr die Kürzung ihrer Überschusszuweisungen angekündigt hatten, ihre betroffenen Kunden auch besser vorinformiert, als dies in früheren Jahren der Fall war. So haben Sie unter anderem dargelegt, dass Überschusszuweisungen auf das Sparkapital nur dann gewährt werden können, wenn u.a. die vom Versicherer erzielten Erträge den garantierten technischen Zinssatz, welcher in den garantierten Leistungen berücksichtigt ist, übersteigen.

Deutlich abgenommen, aber fortwährend intensiv beschäftigt, haben uns im Vergleich zu den Vorjahren auch die Beschwerdefälle zu Fondspolicen ohne garantierte Leistung im Erlebensfall, welche nach 10-jähriger oder längerer Laufzeit zum Ablauf gekommen waren.

///

Zugenommen hat im Berichtsjahr die Anzahl der Beschwerdefälle zu den von den Lebensversicherern geltend gemachten Verletzungen der Anzeigepflicht nach Art. 4 VVG durch Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluss. Diese betrafen verschiedentlich die Frage, ob der Lebensversicherer den Nachweis des von ihm erhobenen Vorwurfs der Anzeigepflicht-Verletzung bezüglich psychischer Krankheiten erbracht hat. In diesen Fällen war jeweils strittig, ob der Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluss das Vorliegen einer im Gesundheitsfragebogen nicht deklarierten psychischen Krankheit oder Störung kannte oder hätte kennen müssen. Für die Beurteilung dieser Frage ist entscheidend, inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten Auskünften eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Der Antragsteller genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt.

In einem Beschwerdefall hatte sich die Ombudsstelle mit der Frage zu befassen, ob der Beschwerdeführer, der aus psychischen Gründen erwerbsunfähig geworden war, beim fast drei Jahrzehnte zurückliegenden Vertragsabschluss im Jahr 1985 die Antragsfrage nach bestehenden oder früheren psychischen Krankheiten und Störungen entsprechend der Position des Versicherers zu Unrecht verneint hatte. Der Versicherer konnte jedoch lediglich Berichte von Fachärzten beibringen, welche den Beschwerdeführer nach Vertragsabschluss behandelten. Diese Arztberichte beinhalteten eine nach Vertragsabschluss vom Patienten selbst aus dessen subjektiver Sicht vorgenommene retrospektive Beschreibung der eigenen psychischen Probleme. Diese Probleme wurden von ärztlicher Seite nachträglich als psychische Erkrankung vor Vertragsabschluss interpretiert. Da diese rückwirkend gestellte Diagnose durch keine echtzeitlichen, vor Vertragsabschluss erstellten medizinischen Akten erhärtet wurde, konnte aufgrund der Intervention der Ombudsstelle eine gütliche Einigung erreicht werden.

Zugenommen haben Anfragen im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Problemen. Diese betrafen zunehmend Personen, die in der Schweiz eine Police abgeschlossen hatten und nach Wohnsitzverlegung ins Ausland keine weiteren Prämienzahlungen mehr in die Säule 3a vornehmen konnten. Bei diesen Fällen hatte die Ombudsstelle insbesondere zu prüfen, ob die Beschwerdeführer beim Vertragsabschluss darüber informiert worden waren, dass Beitragszahlungen in die Säule 3a im Beitragsjahr ein AHV-pflichtiges und in der Schweiz steuerbares Erwerbseinkommen voraussetzen.

Der Nichtleben-Bereich

Bei Sachversicherungen standen wie in den Vorjahren Anfragen und Beschwerden zur Ausgewiesenheit und Höhe der Versicherungsleistungen im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Vertragsinhalt und zur Vertragskündigung sowie Verfahrensbeschwerden, welche sich meistens auf die Dauer der Bearbeitungszeit von Schadenfällen bezogen.

Einzelne Beschwerden gegen Gebäudeversicherer betrafen Leistungsablehnungen nach Eintritt von Wasserfolgeschäden, deren Ursache mehr als zwei Jahre zuvor eingetreten war, infolge Verjährung. Gemäss Art. 46 VVG verjähren Forderungen aus privatem Versicherungsvertrag nach Ablauf von zwei Jahren seit Eintritt der leistungsbegründenden Tatsache, d.h. bezogen auf Wasserfolgeschäden nach Ablauf von zwei Jahren seit Eintritt der versicherten Schadensursache. Diese zweijährige Verjährungsfrist hat sich nach Auffassung des Ombudsman insbesondere bei Gebäude-Wasserschäden in der Praxis als zu kurz erwiesen. In den uns unterbreiteten Fällen war der Verjährungseintritt nicht auf verspätete Schadenmeldung durch die versicherte Person zurückzuführen, sondern einzig darauf, dass die Wasserschäden erst mehrere Jahre nach Eintritt der Schadenursache zum Vorschein kamen und somit erst nach Verjährungseintritt entdeckt werden konnten. Entsprechende Leistungsablehnungen sind für die betroffenen Versicherten unbefriedigend, können jedoch aufgrund der geltenden Verjährungsregeln in streng rechtlicher Hinsicht nicht beanstandet werden.

Bei Hausratversicherungen hatten wir uns verschiedentlich mit Anfragen zu befassen, bei denen der Deckungsumfang für E-Bikes generell oder im Falle eines Diebstahls «auswärts» unklar war. Falls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB entsprechend einem uns unterbreiteten Beschwerdefall keine Versicherungsdeckung für das neu erworbene E-Bike vorsehen, weil ein genereller Deckungsausschluss für sämtliche Kategorien von Motorfahrrädern und somit auch für E-Bikes besteht, ist der Abschluss einer Zusatzdeckung nötig. Es empfiehlt sich deshalb, beim Erwerb eines E-Bikes die AVB genau zu studieren.

///

In der Branche Privathaftpflicht-Versicherung hatten wir uns verschiedentlich mit Beschwerden von Geschädigten gegen abgelehnte Umtriebs-Entschädigungen nach Eintritt eines Sachschadens zu befassen. Diese Fälle konnten meist direkt erledigt werden, indem wir der Beschwerde führenden Partei darlegten, dass ein Schaden im Rechtssinn immer eine belegbare Vermögenseinbusse darstellt. Die persönlichen Umtriebe und Unannehmlichkeiten, die jeder eingetretene Schaden mit sich bringt, sind ohne belegbare schadenbedingte Vermögenseinbusse daher grundsätzlich nicht schadenersatzfähig.

Ein paar Beschwerdefälle von Mietern, die nach Beendigung eines Mietverhältnisses ihrem ehemaligen Vermieter Mieterschäden zu vergüten hatten, bezogen sich auf Leistungs-

kürzungen ihres aktuellen Haftpflicht-Versicherers aufgrund der zeitlichen Versicherungsdeckung. Konkret ging es um Fälle, bei denen während langjähriger Mietdauer ein Versicherungswechsel vorgenommen worden war. Der aktuelle Haftpflicht-Versicherer erklärte sich lediglich anteilsmässig im Verhältnis der Versicherungsdauer zur (längeren) Mietdauer zur Schadenübernahme bereit. In der Folge wandten sich die betroffenen Mieter auch an ihre Vorversicherer, welche eine Schadenbeteiligung mit der Begründung ablehnten, es könne nicht mehr eruiert werden, ob die jeweiligen Schäden während der Gültigkeitsdauer der bereits vor Jahren gekündigten Police eingetreten waren. Die Leistungspflicht als Vorversicherer sei deshalb nicht bewiesen. Die Ombudsstelle musste den Beschwerde führenden bestätigen, dass die Leistungspflicht der involvierten Versicherer in zeitlicher Hinsicht durch Ereignisse begrenzt ist, die während der Versicherungsdauer bei der betreffenden Gesellschaft eingetreten sind, und dass der Nachweis dafür, wann genau welcher Schaden eingetreten ist, der versicherten Person obliegt. Unabhängig davon wurde der Ombudsman jeweils beim Vorversicherer vorstellig und machte geltend, dass der Nachweis des genauen Schadeneintritts vom beweisbelasteten Mieter, wenn überhaupt, oft schwierig zu erbringen sei. Beim Dauerschuldverhältnis Mietvertrag besteht zudem die Problematik, dass Haftpflicht-Ansprüche des Vermieters in der Regel erst bei Beendigung des Mietvertrags geltend gemacht werden, da im Zeitpunkt des Schadeneintritts häufig nicht voraussehbar ist, wie lange das Mietverhältnis noch andauern wird und welchen Amortisationsabzug der Vermieter zu tragen hat. Meldet der Versicherte den verursachten Schaden unmittelbar nach dessen Eintritt seinem Privathaftpflicht-Versicherer, ohne dass bereits eine Forderung gegen ihn erhoben wurde, kann der Schaden aus den dargelegten Gründen noch nicht erledigt werden. Mit den entsprechenden Interventionen konnte jeweils eine entgegenkommende Lösung erreicht werden.

Einigen geschädigten Personen mussten wir darlegen, dass sie sich die Amortisation von beschädigten Gegenständen bei der Berechnung der Entschädigung durch den gegnerischen Privathaftpflicht-Versicherer anrechnen lassen müssen. Dies ergibt sich letztlich aus dem Grundsatz, dass der Geschädigte durch das schädigende Ereignis nicht bereichert werden soll.

///

Aus dem gleichen Grund mussten wir auch im Motorfahrzeug-Haftpflichtbereich mehreren Geschädigten erklären, dass nicht kritisiert werden kann, wenn der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer der Gegenpartei für die Reparaturkosten eines Schadens nicht vollständig aufkommt, wenn eine kollisionsbedingte Reparatur oder der Ersatz eines Fahrzeugteils (z.B. einer vorbeschädigten Autotüre) zu einem Mehrwert führt (Abzug «Neu für Alt»).

Die überwiegende Anzahl der Beschwerdefälle im Motorfahrzeug-Haftpflichtbereich betraf jedoch nicht die Höhe der Entschädigung, sondern Beweisfragen bezüglich des Schadenhergangs, welcher für die Beurteilung der Haftungsfrage relevant ist.

Die Ombudsstelle hatte sich konkret mit einigen Beschwerden gegen Leistungsablehnungen durch gegnerische Motorfahrzeughaftpflicht-Versicherer zu befassen, bei denen beide Parteien nach Eintritt einer Kollision zunächst das Europäische Unfallprotokoll ausfüllten und unterzeichneten. Nachdem die geschädigte Person den Schaden beim gegnerischen Motorfahrzeug-Versicherer angemeldet hatte, lehnte diese die geltend gemachte Schadenersatzforderung mit der Begründung ab, das Unfallprotokoll stelle keine Schuldanerkennung dar. Der geltend gemachte Schadenhergang werde von der bei ihr versicherten Person bestritten, weshalb deren Verschulden nicht bewiesen sei. Bei der Prüfung dieser Beschwerdefälle

stellte die Ombudsstelle teils fest, dass die weiteren Akten und insbesondere auch die Schadenfotos der beiden Fahrzeuge den im Unfallprotokoll festgehaltenen Sachverhalt weder zu widerlegen noch ernsthafte Zweifel an dessen Richtigkeit zu wecken vermochten. In entsprechenden Fällen intervenierte die Ombudsstelle daher mit der Begründung, dass das Unfallprotokoll zwar kein Schuldeingeständnis darstelle, aber eine von beiden Parteien unterschriftlich bestätigte Sachverhaltsdarstellung der «ersten Stunde», welche durch die weiteren erwiesenen Fakten weder widerlegt noch in Frage gestellt werden konnte. Die entsprechenden Interventionen führten mehrheitlich zu einer gütlichen Einigung.

Beschäftigt haben die Ombudsstelle in der Branche Motorfahrzeug aber auch viele Anfragen zum Vertragsabschluss, zur Vertragskündigung und zu Halterwechseln, sowie Beschwerden wegen allzu langer Verfahrensdauer.

///

Sowohl im Bereich Sachversicherungen als auch im Bereich Personenversicherungen wurden der Ombudsstelle vermehrt Beschwerden unterbreitet, die sich gegen den vom Versicherer erhobenen Vorwurf richteten, es sei eine betrügerische Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG begangen worden. In den meisten Fällen konnte die Ombudsstelle die Position des Versicherers nach Prüfung des Falles nicht als gesetzwidrig kritisieren. In einem Beschwerdefall, der Anlass zu einer Intervention gab, hatte der Geschäftsversicherer geltend gemacht, bei der Schadenmeldung, in der die Reparaturkosten für einen beschädigten Raupenbagger beantragt worden waren, sei eine betrügerische Anspruchsbegründung begangen worden. Dies obschon der Raupenbagger durch die betreffende Police gar nicht versichert war. In der Folge machte der Ombudsman geltend, dass allfällige täuschende Sachverhaltsangaben bezüglich des Schadens am Raupenbagger objektiv gar nicht geeignet sind, die vertragliche Leistungspflicht des Versicherers aus dieser Police zu seinen Lasten zu beeinflussen. Diese könne nur bei vertraglich vorgesehener Deckung beeinflusst werden. Es liege somit höchstens ein «untauglicher Versuch» einer betrügerischen Anspruchsbegründung vor. Dieser berechtige den Versicherer nicht zur Vertragskündigung nach Art. 40 VVG, worauf der Versicherer Abstand von seinem schwerwiegenden Vorwurf nahm.

///

Die Anzahl von Beschwerdefällen zu Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeitsleistungen im Nichtlebenbereich hat im Vorjahresvergleich von 621 auf 524 abgenommen. Die Gründe für den Rückgang dieser Fallzahlen sind uns nicht bekannt. Wie bereits in den Vorjahren wurden uns nach wie vor viele Fälle unterbreitet, bei denen die Meinungen der behandelnden Ärzte und der vertrauensärztlichen Dienste der Versicherer diametral auseinander gingen.

In verschiedenen Fällen hatten wir nach Einsichtnahme in die medizinischen Akten und teils nach Einreichen eines Berichts des behandelnden Facharztes durch die Beschwerde führende Partei den Eindruck, dass noch weitere Abklärungen zur Prüfung der Frage nötig sind, zu welchen genauen funktionsbezogenen Einschränkungen eine diagnostizierte Krankheit im konkreten Einzelfall effektiv führt. Da diese Frage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Relevanz ist, ersuchten wir die Versicherer in entsprechenden Fällen jeweils um zusätzliche Abklärungen oder um Veranlassung eines Gutachtens. Damit konnte meist eine Klärung der offenen Sachfragen und teilweise auch ein Entgegenkommen des Versicherers bezüglich weiterer Taggeldzahlungen erreicht werden.

///

Ein grosser Teil der Beschwerden gegen Reiseversicherer bezog sich auf Leistungskürzungen und -ablehnungen nach einem krankheits- oder unfallbedingten vorzeitigen Reiseabbruch, weil die gemäss den Vertragsbedingungen nötige Zustimmung der Alarmzentrale zur vorzeitigen Rückreise nicht eingeholt worden war. In einzelnen Interventionsfällen konnten die Reiseversicherer von der Omubdsstelle überzeugt werden, dass im konkreten Einzelfall eine entschuldbare Obliegenheitsverletzung vorliegt, worauf die Versicherungsleistungen erbracht wurden. Damit entsprechende Probleme vermieden werden können, empfiehlt es sich, die Telefonnummer der Alarmzentrale des Reiseversicherers auf Reisen stets auf sich zu tragen, die nötigen Belege für den Eintritt des Versicherungsfalls (z.B. Arztzeugnisse etc.) vor dem Reiseabbruch, d.h. vor Ort zu beschaffen, und die Alarmzentrale mit dem Mobiltelefon zu kontaktieren, damit nötigenfalls der Gesprächsnachweis erbracht werden kann.

///

Die Anzahl der Meinungsverschiedenheiten, die der Ombudsstelle in der Branche Rechtsschutz unterbreitet wurden, haben von 203 auf 318 zugenommen. Nach Einschätzung des Ombudsman dürfte dies einerseits auf die gestiegene Anspruchshaltung von Versicherungsnehmern gegenüber dem Rechtsschutz-Versicherer, aber auch auf eine strengere Schadenpraxis von Rechtsschutz-Versicherern zurückzuführen sein. Wie in den Vorjahren standen abgelehnte Versicherungsdeckungen und die als allzu lang beanstandete Dauer der Bearbeitung von Rechtsschutzfällen im Vordergrund.

In einem Interventionsfall, bei dem eine Kostengutsprache für den Beizug eines Anwalts zur Einsprache gegen eine UVG-Verfügung abgelehnt worden war, ging es um die Beurteilung der Frage, ob die bei Eintritt des in den USA erlittenen Unfalls gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB oder die nach Unfalleintritt und vor Ausbruch des Rechtsstreits mit dem schweizerischen UVG-Versicherer ausgestellten neuen AVB anwendbar sind. Letztere sehen keine Deckung mehr für Streitigkeiten aus Unfällen mit dem schweizerischen Unfallversicherer vor, welche ausserhalb von Europa eintreten. Die Ombudsstelle stellte sich gegenüber dem Versicherer auf den Standpunkt, dass die versicherten Rechtsstreitigkeiten aufgrund eines bereits eingetretenen versicherten Grundereignisses nicht einseitig zu Lasten der versicherten Person von der Deckung ausgeschlossen werden können. Der Versicherer teilte diese Auffassung nicht und gewährte lediglich auf Kulanzbasis eine begrenzte Kostengutsprache für den Beizug eines externen Anwalts. Der Ombudsman empfahl der Beschwerde führenden Partei deshalb, eine allfällig nötige Erweiterung der Kostengutsprache über den zwischenzeitlich beigezogenen Anwalt weiter zu verfolgen.

Der UVG-Bereich

Die Anzahl der Anfragen im UVG-Bereich inklusive Militärversicherung stiegen von 519 im Vorjahr auf 603. Im Berichtsjahr wurden somit 16,2% mehr Anfragen als im Vorjahr an die Ombudsstelle gerichtet. 527 (451) Fälle entfielen auf die deutsche, 52 (42) auf die französische und 24 (26) auf die italienische Schweiz.

Die Anfragen aus der Deutschschweiz stiegen um gut 16,8%, jene aus der Romandie um 23,8%. In der italienischen Schweiz ist eine Abnahme der Anfragen von Ratsuchenden um 7,6% zu verzeichnen. Wie bereits in den Vorjahren stammt der Grossteil der Fälle mit einem Anteil von 87,4% aus der deutschen Schweiz.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	12	(17)	1	(1)	0	(0)
Beginn Unterstellung	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Ende Unterstellung	5	(0)	0	(0)	0	(0)
Vertragsabschluss	24	(15)	0	(0)	1	(1)
Prämien	16	(5)	0	(0)	1	(2)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	58	(37)	1	(1)	2	(3)
B Unfallverhütung	7	(1)	1	(0)	0	(0)
Ärztliche Behandlung	26	(34)	2	(3)	1	(2)
Kostenvergütung	90	(52)	4	(4)	1	(1)
Taggeld	87	(55)	5	(4)	2	(3)
Invaliden-Rente	16	(9)	0	(0)	1	(0)
Integritätsentschädigung	10	(8)	1	(0)	2	(0)
Total	236	(159)	13	(11)	7	(6)
C Leistungskürzung/-ablehnungen	127	(132)	25	(19)	3	(8)
Regress	4	(3)	0	(1)	0	(0)
Total	131	(135)	25	(20)	3	(8)
D Allg. Informationen/Verfahren	102	(120)	13	(10)	12	(9)
Total	**527**	**(451)**	**52**	**(42)**	**24**	**(26)**

Wert des Vorjahres in Klammer

563 der insgesamt 603 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 40 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 23 der 33 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 6 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 4 Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Wie in den Vorjahren war in vielen Fällen das Vorliegen eines Unfalles im rechtlichen Sinne oder einer unfallähnlichen Körperschä-

digung umstritten. Bei der Prüfung der Akten zu diesen Beschwerdefällen ist uns aufgefallen, dass die Standard-Formulare von einzelnen UVG-Versicherern weniger als 2,5 cm Platz auf einem A4-Blatt für die Beschreibung des Unfallhergangs aufweisen. Dies kann dazu führen, dass Sachverhaltsdarstellungen teilweise allzu kurz abgefasst werden. Wird die versicherte Person nicht aufgefordert, den fraglichen Lebenssachverhalt möglichst detailliert und umfassend sowie unter Wiedergabe des Geschehnisses und den dazu gehörenden Begleitumständen zu schildern, sind Probleme in der Praxis vorprogrammiert.

So wurde uns ein Beschwerdefall unterbreitet, bei dem der UVG-Versicherer gestützt auf eine kurz gefasste Unfallmeldung in einem Standard-Formular das Vorliegen eines Unfalls im Rechtssinn abgelehnt hatte. In der Folge wandte sich der Beschwerdeführer mit einer detaillierteren Sachverhaltsschilderung an die Ombudsstelle, worauf diese beim Versicherer nach Prüfung der Akten gegen die Leistungsablehnung intervenierte. Der Versicherer lehnte in seiner Stellungnahme die geltend gemachten UVG-Leistungen nach wie vor ab und erhob gegenüber der Beschwerde führenden Partei den Vorwurf, die Sachverhaltsdarstellung sei nach Erhalt der Leistungsablehnung angepasst worden und entspreche nicht der Aussage der «ersten Stunde». Erst nach weiteren Erklärungen durch die versicherte Person konnte der UVG-Versicherer davon überzeugt werden, dass keine nachträgliche Anpassung des Sachverhalts, sondern eine plausible Ergänzung desselben erfolgte.

///

Zugenommen haben auch im UVG-Bereich Anfragen zu Leistungsfällen mit Auslandbezug. In einem Fall war der Taggeldanspruch eines deutschen Staatsangehörigen zu bestimmen, der während einer befristeten Anstellung in der Schweiz verunfallt war. Umstritten war die Qualifikation des Arbeitsverhältnisses, von welcher die Höhe des Taggeldanspruchs abhing. Zu prüfen war, ob von einer Saisonbeschäftigung im Sinne von Art. 23 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) auszugehen ist, oder ob eine unregelmässige Erwerbstätigkeit gemäss Art. 23 Abs. 3 UVV oder ein regelmässiges Arbeitsverhältnis vorliegt.

Eine Saisonbeschäftigung liegt vor, wenn die Tätigkeit an eine bestimmte Jahreszeit gekoppelt ist, oder wenn deren Ausübung von der Jahreszeit entsprechenden Verhältnissen, wie insbesondere der Witterung (z.B. Skilehrer), abhängt. Ferner liegt eine Saisonbeschäftigung auch dann vor, wenn eine Tätigkeit regelmässig während einer bestimmten Zeit im Jahr ausgeübt wird, ohne dass sie zwingend von der Jahreszeit abhängen muss. Leistet ein Arbeitnehmer hingegen pro Jahr mehrere Arbeitseinsätze unterschiedlicher Dauer und verteilt über einzelne, jährlich verschiedene Monate, so ist eine unregelmässige Tätigkeit im Sinne von Art. 23 Abs. 3 UVV anzunehmen. Erfolgen solche befristeten Einsätze jedoch ohne Unterbruch über das ganze Jahr, kann von einem regelmässigen Arbeitsverhältnis ausgegangen werden. Dauerte das Arbeitsverhältnis nicht das ganze Jahr, wird der während des befristeten Arbeitsverhältnisses geschuldete Lohn gemäss Art. 22 Abs. 4 UVV auf ein volles Jahr umgerechnet. Dieser Lohn gilt als versicherter Jahreslohn und ist Berechnungsgrundlage für die Bestimmung der Taggelder.

Nach Abklärung des Sachverhalts und der vorstehenden Kriterien kam die Ombudsstelle zum Schluss, dass entgegen der Position des Versicherers ein regelmässiges und nicht ein unregelmässiges Arbeitsverhältnis vorliege. Dies hatte zur Folge, dass das Taggeld ge stützt auf Art. 22 Abs. 3 UVV ausgerichtet wurde. Gemäss dieser Bestimmung gilt der im Jahr vor dem Unfall bezogene Lohn als Rechnungsgrundlage für die Taggelder. Daraus resultierte für den Beschwerdeführer ein wesentlich höherer Taggeldanspruch als zunächst zugesprochen.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Im Berichtsjahr wandten sich 104 (133) Personen an die Ombudsstelle mit einem Anliegen zur beruflichen Vorsorge bei einer Sammelstiftung eines schweizerischen Lebensversicherers. Hinzu kamen 55 (44) Personen, deren Anfrage wir mangels Zuständigkeit nicht bearbeiten konnten, weil sich diese gegen eine autonome Pensionskasse richteten. Die betreffenden Personen wurden jeweils an die unentgeltliche Beratungsstelle «BVG-Auskünfte» oder an ihren Privatrechtsschutzversicherer weiter verwiesen. Im Zuständigkeitsbereich betrafen 77 Fälle die deutsche Schweiz, 15 die italienische Schweiz und 12 die französische Schweiz.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Deckungsumfang	2	(4)	0	(0)	0	(2)
Anzeigepflichtverletzung	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Reglement	1	(1)	0	(0)	0	(1)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	5	(11)	1	(0)	0	(0)
Freizügigkeit	11	(20)	1	(2)	1	(0)
Vorbezug	8	(8)	0	(0)	0	(0)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	1	(6)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	26	(23)	3	(3)	5	(9)
Allgemeine Informationen	2	(7)	3	(5)	7	(2)
Verjährung	2	(2)	1	(0)	0	(1)
Vorzeitige Pensionierung	1	(1)	1	(0)	1	(3)
Scheidung	5	(0)	0	(0)	1	(0)
Koordinierter Lohn	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	0	(3)	2	(0)	0	(0)
Anwalt	4	(3)	0	(0)	0	(0)
Total	**77**	**(105)**	**12**	**(10)**	**15**	**(18)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 11 Fälle. In 6 der abgeschlossenen 9 Fälle führten die Interventionen für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis. Die von der Ombudsstelle bearbeiteten Beschwerdefälle waren mehrheitlich sehr komplex und zeitaufwändig und bezogen sich überwiegend auf Freizügigkeitsleistungen und Invaliditätsrenten nach BVG.

///

Bei der Bearbeitung der Anfragen im BVG-Bereich ist uns aufgefallen, dass viele BVG-Versicherte keine Kenntnis davon haben, dass die während der Versicherungsdauer angesammelten und verzinsten BVG-Beiträge (des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers) nicht vollständig dem BVG-Sparkapital gutgeschrieben werden können. Ein Teil der BVG-Beiträge wird zur Finanzierung der Risikoprämien (Invaliditäts- und Todesfallrisiko inkl. Zusatzbeiträge für den Sicherheitsfonds und Teuerungsausgleich) und der Verwaltungskosten benötigt.

///

Verschiedene Versicherte, die von der Eidgenössischen Invalidenversicherung eine Invalidenrente bezogen, wandten sich an ihren früheren BVG-Versicherer und machten geltend, die Arbeitsunfähigkeit, die zur Invalidität geführt hat, habe bereits während der Versicherungsdauer beim betreffenden BVG-Versicherer bestanden.

Anspruch auf Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge haben Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 Prozent invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Der Anspruch entsteht gegenüber jener Vorsorgeeinrichtung, welcher die Person beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, angehört hatte. Ist die Invalidität erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetreten, ist ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität erforderlich. Die hinreichende sachliche Konnexität ist aufgrund der geltenden Gerichtspraxis zu bejahen, wenn der Gesundheitsschaden, wie er der Invalidität zugrunde liegt, im Wesentlichen bereits Ursache der früheren Arbeitsunfähigkeit war. Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde.

In den meisten der uns unterbreiteten Beschwerdefälle konnte das Vorliegen dieser Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des früheren BVG-Versicherers aus zwei Gründen nicht vollständig belegt werden. Entweder waren aufgrund der üblichen Aktenaufbewahrungsdauer von zehn Jahren nicht mehr genügend medizinische Unterlagen zum Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit vorhanden, oder nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit durch die versicherte Person konnte nicht dokumentiert werden, dass die Beschwerde führende Partei seit Austritt aus der Sammelstiftung ohne längere Unterbrüche arbeitsunfähig war.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle in der französischen Schweiz

Im Berichtsjahr 2012 konnte nebst dem 40-jährigen Jubiläum der Ombudsstelle auch das zehnjährige Jubiläum von Me Olivier Subilia als Leiter der Zweigstelle unserer Stiftung in der Westschweiz gefeiert werden. Me Subilia stellt rückblickend fest, dass die Fallzahlen in den letzten zehn Jahren abgesehen von einigen Spitzen relativ stabil geblieben sind.

Im Jahr 2003 hatte er sich mit 514 Anfragen zu befassen. Im Jahr 2012 waren es 534 Anliegen von Ratsuchenden, wovon 440 in die Zuständigkeit der Zweigstelle in der Westschweiz fielen. Dennoch ist die Tätigkeit von Me Subilia heute intensiver als vor 10 Jahren. Dies zunächst deshalb, weil der Anteil der Anfragen im Zuständigkeitsbereich seither von 73% auf 90% gestiegen ist. Das Tätigkeitsfeld der Ombudsstelle wurde zudem im Jahr 2006 auf BVG-Angelegenheiten ausgeweitet. Die zunehmende Medienpräsenz der Zweigstelle in der Westschweiz, so z.B. im Radio 1ère anlässlich des 40-Jahr Jubiläums der Ombudsstelle, sowie der gesteigerte Bekanntheitsgrad der Ombudsstelle und ihrer Kompetenzen hatten auch Auswirkungen auf die Komplexität der Me Subilia unterbreiteten Fälle.

Die von Jahr zu Jahr intensivere Zusammenarbeit mit dem Ombudsman der Krankenversicherung, welche insbesondere die zuständigkeitsbedingte gegenseitige Weiterleitung von Dossiers beinhaltet, bezeichnet Me Subilia als ausgezeichnet.

Die Anzahl der Interventionen zu Beschwerdefällen aus der Westschweiz sind von 50 auf 57 gestiegen. Diese führten in 34 Fällen (60%) zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei. Aber auch die weiteren Interventionen führten verschiedentlich zu einer Deeskalation, nachdem der Versicherer aufgrund der Argumente der Ombudsstelle weitere Abklärungen veranlasste, welche der Klärung der strittigen Fragen dienten.

Bei den negativ verlaufenen Interventionsfällen ist nach Auffassung von Me Subilia insbesondere ein Fall erwähnenswert, welcher zeigt, wie wichtig die Informationen von Versicherten an den Versicherer bei anstehenden Änderungen in der persönlichen Situation sein können. Eine Frau, die sich schrittweise bei ihrem künftigen Ehemann eingerichtet und sich zunächst an einzelnen Tagen und dann immer häufiger in seiner Wohnung aufhielt, wurde zusammen mit ihrem künftigen Ehemann Opfer eines Einbruch-Diebstahls in dessen Wohnung. Nach Anmeldung des Schadens beim Hausrat-Versicherer des künftigen Ehemannes lehnte dieser die Übernahme des von ihr erlittenen Diebstahl-Schadens ab. Zur Begründung führte der Versicherer aus, sie könne unter den gegebenen Umständen nicht mehr als gelegentliche Besucherin und daher nicht als mitversicherte Person bezeichnet werden.

Am meisten Beschwerden wurden Me Subilia in den Branchen Krankentaggeld-Versicherung (66) und in der Branche Einzelleben (66) unterbreitet, was einem Gesamtanteil von 37% der Fälle entspricht. In diesen Branchen waren die Beschwerdefälle besonders häufig sehr komplex und dementsprechend zeitaufwändig.

Verschiedentlich waren medizinische Fakten zu Gesundheitsproblemen relevant, welche vor mehr als drei Jahrzehnten eingetreten waren. Die vollständige Beschaffung dieser Akten gestaltete sich aufgrund der in der Praxis üblichen zehnjährigen Aktenaufbewahrungsfrist als schwierig und teilweise als unmöglich (z.B. bei Geburtsgebrechen und weit zurückliegenden Krankheiten). Das gleiche Problem bestand bei Lebensversicherungspolicen, welche gemäss den von Beschwerdeführern bestrittenen Angaben des Versicherers vor mehr als zehn Jahren zurückgekauft wurden, was der Versicherer mangels Aktenaufbewahrung bis zum ursprünglich vereinbarten Vertragsende nicht mehr doku-

mentieren konnte. In diesen Fällen liess sich aus der neutralen Sicht der Ombudsstelle unmöglich mit der nötigen Gewissheit eruieren, was vor mehr als zehn Jahren effektiv passiert war.

Nach den Erkenntnissen von Me Subilia sollten die Versicherten sämtliche Vertragsunterlagen und Belege für ihre einmal eingetretenen Schadenfälle aufbewahren. Damit könnten künftige Ereignisse einfacher nachgewiesen und abgewickelt werden, und die Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherungs-Gesellschaften wären einfacher zu handhaben, als dies bisher häufig der Fall ist.

Me Subilia ist heute mehr denn je von der Notwendigkeit unserer Institution und deren Nutzen für die Versicherten und die Versicherer überzeugt. Er betrachtet es als eine seiner zentralen Aufgaben, den Standpunkt und die jeweiligen Erwartungen der einen Seite dem Gegenüber klar zu machen. Dies dient letztlich auch einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Parteien, welche eine wichtige Voraussetzung für eine Annäherung der Positionen der Parteien und das Erreichen einer gütlichen Lösung bei bestehenden Meinungsverschiedenheiten darstellt.

Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz

Die Anzahl der Fälle, die im Berichtsjahr von Avv. Caimi als Repräsentant unserer Stiftung für die italienische Schweiz bearbeitet wurden, stiegen von 277 auf 319 (+15%) an. Neben einem leichten Rückgang der Fallzahlen im UVG-Bereich von 26 auf 24 und im BVG-Bereich von 18 auf 15 nahmen die Anfragen im Privatversicherungsbereich (VVG) von 177 auf 218, d.h. um 23% zu. 62 Anfragen fielen nicht in seine Zuständigkeit. Davon betrafen 25 Fälle Krankenkassenprobleme und 30 Fälle Anliegen ausserhalb des Versicherungsrechts.

Die Anzahl der Interventionsfälle zu Beschwerden aus der italienischen Schweiz sind mit 8 (7) nahezu konstant geblieben. Avv. Caimi zieht eine Intervention jeweils bei Zweifeln an der korrekten Fallbehandlung durch die Gesellschaft in Betracht. Die Mehrzahl der Fälle konnte er durch schriftliche oder mündliche Auskünfte direkt erledigen. Bei schriftlichen Eingaben lässt er sich praxisgemäss möglichst vollständig dokumentieren, bevor die rechtliche Fallbeurteilung erfolgt. In sämtlichen Fällen legt Avv. Caimi den Beschwerdeführern die Rechtslage detailliert und in möglichst einfacher und verständlicher Sprache dar.

Im Privatversicherungsbereich bezog sich die Hauptzahl der Anfragen auf die Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung (45), gefolgt von Anfragen zu Gebäude- und die Hausratversicherungen inklusive Elementarschadenversicherungen (44), sowie von Anfragen zur Krankentaggeld-Versicherung (34). Nebst einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen in den Branchen Rechtsschutzversicherung (von 5 auf 26) und der Gebäude- und Hausratversicherung (von 18 auf 35) gingen die Fallzahlen in der Branche Lebensversicherung (von 30 auf 17) zurück.

In der Branche Haftpflichtversicherung waren einige Geschädigte enttäuscht, dass bei nicht wertbeständigen Sachen (wie Maschinen, Fahrzeugen etc.) der Zeitwert, d.h. der um die Abschreibungen verminderte Neuwert, zu ersetzen ist, und dass der vom Geschädigten einer Sache allfällig beigemessene Affektionswert nicht schadenersatzfähig ist.

Avv. Caimi hat festgestellt, dass viele Versicherte keine Kenntnis davon haben, dass die Aussendeckung in Hausratversicherungen für den Hausrat, der sich ausserhalb des versicherten Standorts befindet, nur zum Tragen kommt, wenn sich der betreffende Hausrat vorübergehend, d.h. für begrenzte Zeit, auswärts befindet. Das Gleiche gilt bezüglich des Weiterbestehens der Versicherungsdeckung bei einem Wohnsitzwechsel in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein während des Umzugs sowie am neuen Standort, und dass ein Wohnungswechsel unverzüglich zu melden ist. Einige Versicherte wussten zudem nicht, dass ein entsprechender Wohnungswechsel nicht zur vorzeitigen Vertragskündigung berechtigt.

Ein grosser Teil der Anfragen zur Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung betraf Fragen zum Vortrittsrecht auf Parkplätzen, in Parkhäusern sowie in Verkehrkreiseln. Verschiedenen Teilkasko-Versicherten musste dargelegt werden, dass bei Kollisionen mit Tieren nur kollisionsbedingte Schäden am eigenen Auto versichert sind. Bei Feuerversicherungen führte verschiedentlich die Abgrenzung zwischen Brandschäden und nicht gedeckten Betriebs- und Stromwirkungsschäden zu Schwierigkeiten.

Bei Rechtsschutzversicherungen (26 Fälle im 2012) standen Fragen zum Umfang der Versicherungsdeckung für einen Rechtsstreit und (nicht in unsere Zuständigkeit fallende) Beschwerden gegen die geltend gemachte Aussichtslosigkeit von Rechtsschutzmassnahmen im Vordergrund. Bei Reiseversicherungen waren von Avv. Caimi häufig Leistungsablehnungen und -kürzungen infolge unterlassener Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale des Versicherers nach Schadeneintritt zu beurteilen, oder weil eine Reise nach Auffassung des Versicherers zu spät annulliert worden sei, was zu höheren Annullationskosten geführt habe.

Im UVG-Bereich wurden Avv. Caimi insgesamt 24 Fälle (26) unterbreitet, welche ohne Intervention direkt erledigt werden konnten. Hauptthemen waren die Kürzung oder Ablehnung der Leistungen, die Höhe von Integritätsentschädigungen und Invalidenrenten sowie Allgemeine Informationen und Verfahrensfragen. Verschiedene Anfragen betrafen Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Unfallbegriffs im Zusammenhang mit Zeckenstichen / Meningoenzephalitis, Aedes Aegypti Mücke sowie Dengue Fieber.

Im BVG-Bereich wurden Avv. Caimi 15 Fälle (18) unterbreitet, welche zu keiner Intervention Anlass gaben. Diese bezogen sich vor allem auf Versicherungsleistungen, Freizügigkeitsleistungen, Scheidungsfolgen, vorzeitige Pensionierungen sowie allgemeine Informationen zur Pensionskasse.

Nebst verschiedenen Kontakten mit Print-Medien hatte Avv. Caimi Gelegenheit zum Auftritt in einer Radio- und einer Fernsehsendung. Die Radio-Sendung vom 4. April 2012 «Usi e consumi» der RSI Rete Uno hatte das Thema «Divergenze tra assicurati e assicuratori» (Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und Versicherern) zum Gegenstand. Nebst der Beantwortung von Fragen der Zuhörerschaft konnte er diese über das 40-jährige Bestehen der Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva informieren und die Zweigstelle der italienischen Schweiz präsentieren. Am 30. November 2012 nahm Avv. Caimi zudem an der Fernsehsendung «Patti Chiari» der RSI LA1 teil, an der das Thema «Reiseversicherung» diskutiert wurde. Als Repräsentant der Ombudsstelle äusserte sich Avv. Caimi zu grundsätzlichen Fragen und weniger über konkrete Einzelfälle. Seine Teilnahme an diesen Sendungen wurde vom Publikum und den Gesellschaften sehr geschätzt.

Weitere Aktivitäten

Im Januar 2012 wurde der Ombudsman von der WAK-Kommission des Nationalrats bezüglich der Botschaft des Bundesrats ans Parlament zur Totalrevision VVG zu einer Anhörung eingeladen.

Am 2. Juni 2012 konnte die Ombudsstelle ihr 40-jähriges Bestehen feiern. Zu diesem Anlass konnten die Repräsentanten unserer Stiftung in den jeweiligen Sprachregionen zeitnah zum Jubiläum in bekannten Konsumenten Radiosendungen eine grosse Zuhörerschaft über die Tätigkeit unserer Stiftung und das 40-jährige Bestehen derselben informieren. Dies mit dem Ziel, Versicherungsnehmerinnen und -nehmern, denen unsere Institution noch nicht bekannt ist, Zugang zur unentgeltlichen Dienstleistung der Ombudsstelle zu verschaffen.

Im Berichtsjahr fanden verschiedene direkte Kontakte des Ombudsman mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften sowie einige Treffen mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften statt. Dabei wurden grundsätzliche Fragen und Schwerpunktthemen besprochen, welche nicht das Tagesgeschäft betreffen.

An einem Meinungsaustausch mit der Aufsicht Lebensversicherungen der FINMA wurden Fragen zur jeweiligen Zuständigkeit und Abgrenzungsfragen zu Themen besprochen, welche sowohl die FINMA als auch die Ombudsstelle tangieren. Ein Treffen mit der Stiftung Konsumentenschutz diente der näheren Darlegung unserer neutralen Tätigkeit und einem Meinungsaustausch zu Versicherungsthemen, welche die Stiftung Konsumentenschutz beschäftigen.

Nebst einigen Kontakten mit anderen Ombudsleuten, die unter anderem dem Austausch von branchenspezifischen Fachkenntnissen und der Koordination von Fällen dienten, welche die Zuständigkeit von zwei Ombudsstellen tangieren, konnte der Ombudsman im Berichtsjahr auch einige Kontakten mit Print-Medien sowie internationale Kontakte pflegen. Im Berichtsjahr hatte er unter anderem erneut Gelegenheit, zwei Mal als Beobachter an einem Meeting der FIN-NET (Financial services complaint net) der Europäischen Union teilzunehmen. Der mit entsprechenden Kontakten verbundene Informationsaustausch ist wichtig und dient insbesondere der vereinfachten Handhabung von Beschwerdefällen gegen Versicherungs-Gesellschaften und andere Finanzdienstleister im EU- und EWR-Raum.

Personelle Mutationen

Nach mehrjähriger Tätigkeit im Dienste unserer Stiftung wurde Herr Rechtsanwalt lic. iur, Peter Arnold im Berichtsjahr zum vollamtlichen Oberrichter des Kantons Luzern gewählt. Es sei ihm der herzlichste Dank für sein grosses Engagement für unsere Stiftung ausgesprochen. Als Nachfolgerin hat Frau RA lic.iur. Suzanne Schaad-Ritt, eidg. dipl. Sozialversicherungsfachfrau und CAS IRP-HSG in Haftpflicht- und Versicherungsrecht, per 1. November 2012 ihre Tätigkeit bei der Ombudsstelle aufgenommen. Sie bringt beste Voraussetzungen für die von ihr zu erfüllenden Aufgaben mit.

Totalrevision VVG

Position der Stiftung zur vorgeschlagenen gesetzlichen Verankerung der Ombudsstelle

Die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva vermittelt seit mehr als 40 Jahren erfolgreich auf freiwilliger Basis mit sämtlichen grösseren Versicherern (ca. 80 Gesellschaften) im Interesse der Versicherten, Verunfallten, Anspruchsberechtigten und Geschädigten. Sie erledigt ca. 3500 Fälle pro Jahr. Ihre jährlich ca. 400 Interventionen weisen eine Erfolgsquote von 66.6% auf.

Eine gesetzliche Verankerung der Ombudsstelle und der Kooperationspflicht der Versicherer ist aufgrund der gegebenen Fakten nicht erforderlich.

Eine gesetzliche Verankerung der Kooperationspflicht der Privatversicherer dürfte letztlich zu einer Informationspflicht der Ombudsstelle gegenüber der FINMA bezüglich der ihr angeschlossenen Gesellschaften führen. Bei einer Anbindung an die FINMA müsste die Ombudsstelle daher faktisch die Aufsichtsbehörde bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen, indem sie Informationen an diese weiter gibt. Dies würde die bestehende Unabhängigkeit der Ombudssstelle und sowohl das Vertrauen der Versicherten als auch dasjenige der Versicherungs-Gesellschaften in die seit mehr als 40 Jahren gut funktionierende Ombudsstelle gefährden. Glaubwürdigkeit steht und fällt letztlich mit Unabhängigkeit.

Die vorgeschlagene gesetzliche Kooperationspflicht könnte zudem zu einem verfassungsrechtlich problematischen Verbandszwang der Privatversicherer und der Versicherungsvermittler führen.

Die Ombudsstelle stellt als unabhängige Vermittlungsstelle zur gütlichen und lösungsorientierten Konfliktlösung eine wichtige Alternative zu konfliktorientierten und langwierigen Gerichtsverfahren dar. Diese Funktion gilt es im Interesse der Versicherungsnehmerinnen und -nehmer beizubehalten. Die Ombudsstelle darf keine aufsichtsrechtlichen Aufgaben übernehmen. Dies wäre mit dem Wesen der Ombudsstelle nicht vereinbar.

Seit der Gründung unserer Stiftung hat es sich in ca. 80'000 bearbeiteten Fällen bewährt, dass sich die Ombudsstelle bei der Erfüllung ihrer unentgeltlichen neutralen Tätigkeit eine eigene, freie Meinung bilden kann, welche unabhängig von derjenigen der Versicherten und der Versicherungs-Gesellschaften, aber auch unabhängig von der Meinung der Aufsichtsbehörde ist. Im Interesse der Versicherungsnehmerinnen und -nehmer, welches im Zentrum jeglicher Tätigkeit der Ombudsstelle steht, ist es wichtig, dass die Ombudsstelle weiterhin in alle Richtungen unabhängig und neutral arbeiten kann.

Die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva lehnt die vorgeschlagene gesetzliche Verankerung der Ombudsstelle daher ab.

Der Ombudsman hatte Ende Januar 2012 Gelegenheit, den Mitgliedern der WAK-Kommission des Nationalrats im Detail darzulegen, weshalb unsere Stiftung die vom Bundesrat in Art. 85a VAG vorgeschlagene gesetzliche Verankerung der seit 40 Jahren gut funktionierenden Ombudsstelle ablehnt.

Gleichzeitig konnte er seine Einschätzung bekannt geben, wie sich einzelne gesetzliche Neuregelungen aufgrund der Erfahrungen der Ombudsstelle in der Praxis auswirken dürften. Bei Drucklegung des Jahresberichts 2012 war die vorgeschlagene Totalrevision des VVG sowohl vom Nationalrat als auch vom Ständerat an den Bundesrat zurückgewiesen. Dies verbunden mit dem Auftrag, nur notwendige Änderungen des geltenden Rechts im Rahmen einer weiteren Teilrevision des VVG vorzunehmen.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

R. Schweiger

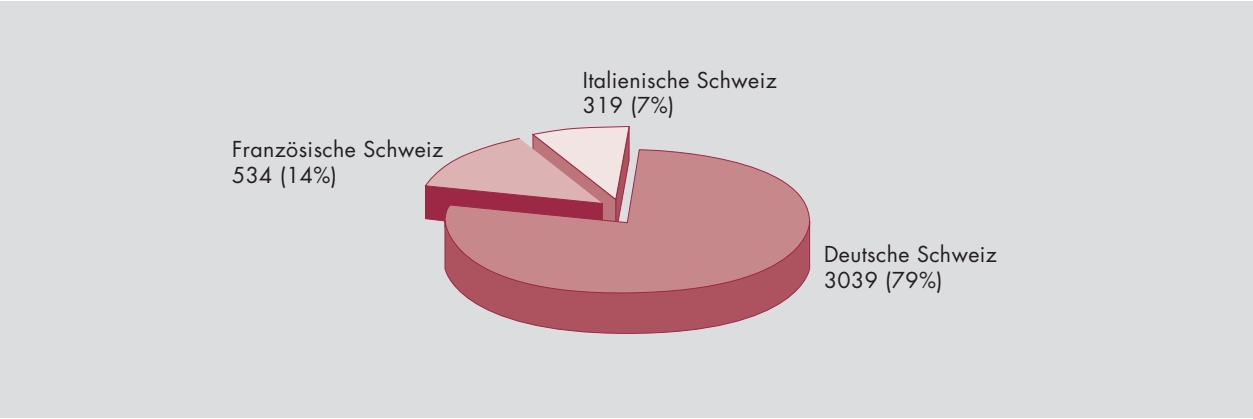
Der Ombudsman

M. Lorenzon

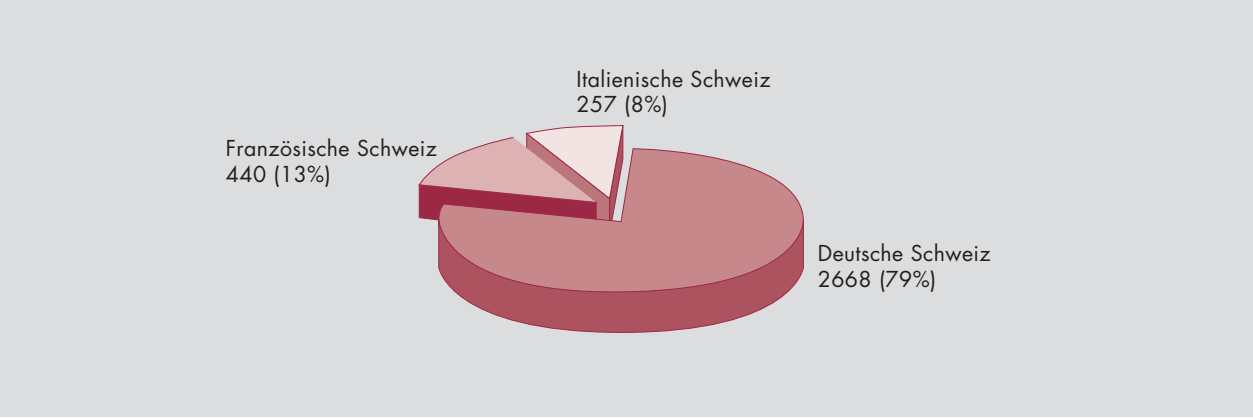
Zürich, März 2013

Statistiken 2012

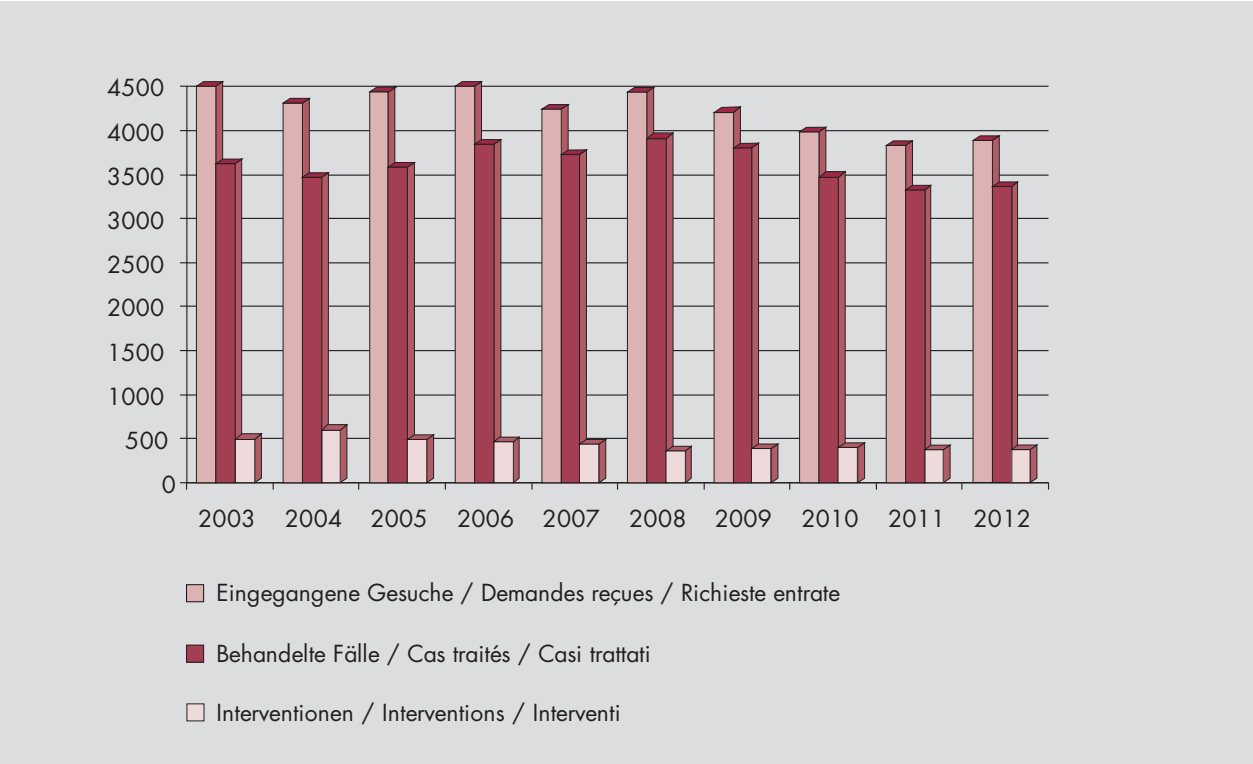
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2003 bis 2012



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften

ACE Versicherungen
AIG Europe (jetzt Chartis Europe SA)
AIG Life
Alba (jetzt Helvetia)
Allianz Global Assistance (ehemals Elvia Reisen und Mondial Assistance)
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Leben
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista TCS SA
Aurora Versicherungs AG (vormals Garanta)
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caise Cantonale d'Assurance Populaire
Chartis Europe SA (vormals AIG Europe)
Chubb
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
DAS
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
Elvia Reisen (jetzt Allianz Global Assistance)
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
GAN
Garanta (jetzt Aurora Versicherungs AG)
Generali Allgemeine
Generali Personen
Genworth Financial
Groupe Mutuel Vie
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (ausser Krankenkasse)
HDI-Gerling (vormals Gerling)
Helsana Unfall AG
Helsana Rechtsschutz
Helvetia (inkl. Ex-Alba, Ex-Phenix)
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Mannheimer
Militärversicherung
Mondial Assistance Schweiz (jetzt Allianz Global Assistance)
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Orion
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas (ausser Krankenkasse)
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Schweizerische National
Schweiz. National Leben (inkl. Ex-Coop Leben)
Skandia Vie SA
smile.direct versicherungen (vormals Coop)
Suva
SuvaCare Militärversicherung
Swiss Life
Sympany
TSM
UBS Life AG
UNIQA
VA Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
Visana Versicherungen AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
Waadt Versicherungen
Waadt Leben
Winterthur ARAG (jetzt AXA ARAG)
XL Insurance Switzerland
Zenith Leben
Zürich
Zürich Leben

www.deux-piece.ch

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
Postfach 2646
8022 Zürich

Tel: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20
E-Mail: help@versicherungsombudsman.ch

Ombudsman
de l'assurance privée et de la Suva
Ch. des Trois-Rois 2
Case postale 5843
1002 Lausanne

Tél: 021 317 52 71
Fax: 021 312 03 64
E-Mail: help@ombudsman-assurance.ch

Ombudsman
dell'assicurazione privata e della Suva
Via Giulio Pocobelli 8
Casella postale 563
6903 Lugano

Tel: 091 967 17 83
Fax: 091 966 72 52
E-Mail: help@ombudsman-assicurazione.ch

www.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assurance.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch