/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2015

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Aufgabe der Ombudsstelle	Die Ombudsstelle ist im Rahmen des Stiftungszwecks eine unabhängige und neutrale Vermittlerin bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherungsnehmern, Versicherten, Anspruchsberechtigen und Antragstellern einerseits und den der Stiftung angeschlossenen Privatversicherungen sowie der Suva inklusive der durch die Suva durchgeführten Militärversicherung andererseits in Versicherungs-Angelegenheiten. Sie prüft im Rahmen ihrer Zuständigkeit die ihr unterbreiteten Beschwerden, gibt dazu Auskünfte und wird, falls ihr dies angebracht erscheint, im Hinblick auf eine Klärung einer konkreten unterbreiteten Angelegenheit beim involvierten Versicherer vorstellig. Sie wirkt auf eine faire Konfliktlösung hin.
Stiftungsrat (Stand zum 31.12.2015)	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil RA Dr. Gabi Huber, a. Nationalrätin, Altdorf Alfred Leu, CEO Generali (Schweiz) Holding, Adliswil Francis Matthey, a. Staatsrat und a. Nationalrat, La Chaux-de-Fonds RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root Chiara Simoneschi-Cortesi, a. Nationalratspräsidentin, Comano (Mutationen siehe Inhaltsverzeichnis)
Ombudsman	Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
Ombudsstelle Deutsche Schweiz	Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst Adrian Bryner, Rechtsanwalt Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin Eveline Bretscher Todaro, 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

Liebe Leserinnen und Leser

Im Berichtsjahr 2015 gab es für die private schweizerische Versicherungsbranche glücklicherweise keine schwerwiegenden Grossereignisse (z.B. Elementarereignisse) mit einer Vielzahl von Schäden und Betroffenen. Was mir Anlass zu Sorgen gegeben hat, waren denn auch weniger die uns unterbreiteten Anfragen und Beschwerden als die Botschaft des Bundesrats vom 4.11.2015 zu einem Finanzdienstleistungsgesetz/FIDLEG. Diese beinhaltet nicht nur Gesetzesregeln, welche nach Auffassung unserer Stiftung gar nicht erforderlich sind, so z.B. die gesetzliche Verankerung der Versicherungsombudsstelle unter das FIDLEG (die Position unserer Stiftung haben wir im Jahresbericht 2014 dargelegt). Das FIDLEG verpflichtet insbesondere auch sämtliche ungebundenen Versicherungsvermittler (Versicherungsbroker) zum Anschluss an eine Ombudsstelle. Dies ist jedoch genau denjenigen Versicherungsbrokern gegenüber nicht zielführend, bei denen eine Verbesserung des Kundenschutzes als angezeigt erscheint.

Die aktuell ca. 5000 ungebundenen Versicherungsvermittler sind in der Praxis teils gar nicht mehr als solche tätig, wenn sich ein Kunde im Nachhinein – meistens ist dies erst einige Jahre nach Abschluss einer vermittelten Police der Fall – gegen die beim Vertragsabschluss durchgeführte Beratung des Brokers beschwert. Wenn die Ombudsstelle bei Einzel-Brokern interveniert, und diese gar nicht darauf antworten, sei es wegen fehlender Bereitschaft, fehlender Finanzkraft oder weil sie effektiv gar nicht mehr als Broker tätig sind, kann die Ombudsstelle nichts dagegen tun. Die betroffenen Kunden werden sich dann fragen, was diese Ombudsstelle überhaupt nützt. Ich sehe folgende Lösung für dieses Problem:

1. Alle ungebundenen Versicherungsbroker sollten (analog den Anwälten) nicht im Rahmen des FIDLEG, sondern der vom Parlament in Auftrag gegebenen Teil-Revision des VVG/VAG ohne jegliche Ausnahmen verpflichtet werden, eine Berufshaftpflicht-Versicherung abzuschliessen. Der Abschluss dieser Versicherung sollte eine notwendige Voraussetzung zur Ermächtigung der Tätigkeit als Versicherungsbroker darstellen.

2. Diese Berufshaftpflichtversicherung sollte bei Auflösung der Police infolge Berufsaufgabe zudem eine sogenannte Run-Off-Nachdeckung von z.B. fünf Jahren beinhalten. Damit können Forderungen, die erst nach Berufsaufgabe gegen den Versicherungsbroker erhoben werden, nötigenfalls direkt gegenüber dem Berufshaftpflicht-Versicherer geltend gemacht werden (mit direktem Forderungsrecht).

3. Die Aufsichtsbehörde sollte mit der Sanktionskompetenz gegen Widerhandlungen gegen diese Verpflichtung ausgestattet werden.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2015

Im Berichtsjahr 2015 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3229 auf 2982 (um 8%) gesunken.

2654 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 328 Beschwerdefälle (Interventionsquote 24,6%). Davon konnten 89% vor Jahresende abgeschlossen werden. Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 66,6%. Der höchste Streitwert bei den Interventionsfällen betrug CHF 400'000.- und der tiefste strittige Betrag EUR 45.-.

Den wichtigsten Schwerpunkt in der Tätigkeit der Ombudsstelle stellten wie in den Vorjahren die komplexen Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherungen mit einem Anteil von 50% dar, bei denen überwiegend Leistungsablehnungen und -einstellungen durch Krankentaggeld- und Unfallversicherer zu prüfen waren. Schwierig waren Vermittlungsfälle besonders häufig mit Rechtsschutz- sowie Reiseversicherern, wenn eine strenge Schadenpraxis mit hoher Anspruchshaltung von Versicherten aufeinanderprallte. Hier hatte sich die Ombudsstelle erstmals mit dem Internetportal eines Reiseversicherers zu befassen, weil dieses den Online-Abschluss ungültiger Versicherungsverträge zuliess.

Vermehrt hatte sich die Ombudsstelle auch mit Beschwerden gegen Mobiltelefon-Versicherer zu befassen, bei denen es zu prüfen galt, ob der Versicherer zur vorgenommenen Leistungsablehnung wegen grobfahrlässiger Herbeiführung des Schadens am Smartphone durch die versicherte Person berechtigt war.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2015
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 4
Interventionsfälle 5
– Interventionsquoten 5
– Interventionen pro Branche/Bereich 6
– Erfolgsquote bei Interventionen 7

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften 8

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen
Der Bereich Privatversicherungen 9
– Der Leben-Bereich 9
– Der Nichtleben-Bereich 10
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung 16
Der Bereich berufliche Vorsorge 19

Die Zweigstellen
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 21
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 24

Weitere Aktivitäten 27

Mutationen im Stiftungsrat 28

Statistiken 2015
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 29
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 29
Tätigkeit 2006 bis 2015 29

Angeschlossene Gesellschaften 30

Übersicht über das Berichtsjahr 2015

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2015 wurden der Ombudsstelle 3502 (Vorjahr 3766) Anliegen unterbreitet.

Anfragen total				3502	(3766)
Zuständigkeit				2982	(3229)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1651	(1788)		
	• davon schriftlich	1003	(1043)	2654	(2831)
Interventionen				328	(398)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich von 3229 auf 2982 Fälle und somit um 8% gesunken. Dies dürfte wahrscheinlich damit zusammenhängen, dass

– die private Versicherungsbranche im Berichtsjahr von Grossereignissen mit vielen Betroffenen verschont blieb.
– die Versicherer vermehrt elektronische Befragungen bei ihren Kunden durchführen, damit sich diese nach Beanspruchung einer Leistung dazu zu äussern können, wie zufrieden sie sind, bzw. aus welchen Gründen sie es allenfalls nicht sind. Dies ermöglicht eine verbesserte direkte Betreuung der unzufriedenen Kunden, welche ein Feed-Back geben.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle:

Sachbereich	2015	2014
AHV	5	8
ALV	10	6
IV	17	21
Krankenkassen	250	284
Kantonale Versicherungen	22	16
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	26	21
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	48	31
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	49	59
Diverses	92	90
Mutterschaftsversicherung	1	1
Total	**520**	**537**

Die in der Tabelle aufgeführten 48 Fälle mit nicht angeschlossenen Privatversicherern betreffen vor allem Meinungsverschiedenheiten mit Taggeld-Versicherungen bei Krankenkassen. Für Krankenkassen-Angelegenheiten besteht eine separate Ombudsstelle in Luzern.

Im Bereich Personenversicherungen entfielen 559 Fälle (556) auf UVG-Versicherungen (inkl. 12 (28) Anfragen auf die von der Suva durchgeführte Militärversicherung), gefolgt von 533 Fällen (571) auf Krankentaggeld-Versicherungen, 279 Anfragen (326) zu Lebensversicherungen, 74 Fällen (105) zum BVG-Bereich und 38 Anliegen (52) von Versicherten im Zusammenhang mit privaten Unfallversicherungen.

Obligatorische Unfallversicherung	559	(556)
Krankentaggeld-Versicherung	533	(571)
Lebensversicherung	279	(326)
BVG-Bereich	74	(105)
Private Unfallversicherung	38	(52)
Total	**1483**	**(1610)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Die uns unterbreiteten komplexen und zeitintensiven Beschwerden im Bereich Personenversicherungen stellten mit einem Anteil von rund 50% an den gesamten Fallzahlen wie in den Vorjahren den grössten Schwerpunkt unserer Tätigkeit im Berichtsjahr dar.

Der Anteil der Anfragen im UVG-Bereich (inkl. Militärversicherung), bei denen der Versicherer bei Anrufung der Ombudsstelle durch die Beschwerde führende Partei bereits eine formelle Verfügung erlassen hatte, betrug 13%. Mit diesen Fällen konnten wir uns nicht mehr befassen. Unsere Zuständigkeit als Ombudsstelle ist in UVG-Angelegenheiten nur solange gegeben, als das streitige Verwaltungsverfahren noch nicht begonnen hat. Dies ist ab Erlass einer UVG-Verfügung der Fall.

Wir empfehlen daher allen versicherten Personen, die sich aufgrund eines Entscheids eines unserer Stiftung angeschlossenen UVG-Versicherers an uns wenden, diesen schriftlich darum zu bitten, vorläufig noch keine Verfügung zu erlassen, weil die Ombudsstelle eingeschaltet worden ist.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	**2015**	A	B	C	D	2014
Autohaftpflicht	**234**	43	56	108	27	263
Arbeitslosigkeit	**7**	0	0	5	2	1
Diebstahl	**78**	8	7	55	8	98
Fahrzeugkasko	**137**	27	17	79	14	148
Feuer/Elementar	**35**	5	2	24	4	23
Gebäude/Glas	**41**	7	5	22	7	75
Haftpflicht	**207**	25	13	142	27	257
Hausrat	**109**	22	35	40	12	146
Mobiltelefon (neu erfasst)	**38**	2	0	7	29	
Kaution	**0**	0	0	0	0	1
Krankheit	**533**	79	70	283	101	571
Leben	**279**	114	14	72	79	326
Maschinen	**3**	0	0	3	0	0
Rechtsschutz	**283**	45	33	158	47	304
Reise	**232**	16	5	190	21	212
Schmuck	**3**	1	0	2	0	3
Tiere	**11**	2	1	7	1	2
Transport	**1**	0	0	1	0	3
Unfall privat	**38**	8	3	26	1	52
Wasser	**66**	8	1	53	4	63
Kreditgarantie	**11**	3	1	2	5	19
Garantie	**3**	0	0	1	2	1
UVG	**559**	39	332	45	143	556
BVG	**74**	16	6	40	12	105
Total	**2982**	**470**	**601**	**1365**	**546**	**3229**

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	**2015**	2014	2013	2012	2011
UVG	**559**	556	549	603	519
Krankheit	**533**	571	522	524	621
Rechtsschutz	**283**	304	239	318	203
Leben	**279**	326	398	375	533
Autohaftpflicht	**234**	263	294	314	304
Reiseversicherungen	**232**	212	120	110	87
Allgemeine Haftpflicht	**207**	257	276	329	332

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2015 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	1836	(2032)
Frauen	1431	(1531)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	235	(203)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2015	2014	Differenz
Deutsche Schweiz	2800	2979	– 179
Französische Schweiz	404	460	– 56
Italienische Schweiz	298	327	– 29
Total	**3502**	**3766**	**– 264**

Der Rückgang der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr (von 3229 auf 2982) betrifft sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle (7,2%) als auch die sprachregionalen Zweigstellen in Lausanne (13,1%) und Lugano (12,2%).

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2015	2014	Differenz
Deutsche Schweiz	2426	2602	– 176
Französische Schweiz	320	362	– 42
Italienische Schweiz	236	265	– 29
Total	**2982**	**3229**	**– 247**

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 398 auf 328 gesunken. Mehrfach-Interventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als ein Interventionsfall erfasst.

	2015	2014	Differenz
Deutsche Schweiz	288	334	– 46
Französische Schweiz	28	50	– 22
Italienische Schweiz	12	14	– 2
Total	**328***	**398**	**– 70**

*Davon waren Ende 2015 insgesamt 291 (88,7%) abgeschlossen.

Interventionsquoten (ohne Telefon)

Privatversicherung	25,6%	(28,7%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	20,6%	(20,9%)
Sammelstiftungen BVG	26,5%	(29,1%)

Wert des Vorjahres in Klammer

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 93 Fällen (23,3%) auf 72 Fälle (22,08%) abgenommen.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total
Autohaftpflicht	210	18	4	2	0	24
Arbeitslosigkeit	7	0	0	0	0	0
Hausrat	98	11	0	0	0	11
Handy/Mobiltelefon	34	3	1	0	0	4
Diebstahl	67	9	2	0	0	11
Elementar	14	4	0	0	0	4
Feuer	15	1	1	0	0	2
Kasko	126	7	2	2	0	11
Gebäude	31	4	0	0	0	4
Glas	6	0	0	0	0	0
Garantie	3	0	0	0	0	0
Haftpflicht	173	25	2	4	3	34
Krankheit	489	29	12	3	0	44
Kaution	0	0	0	0	0	0
Kreditgarantie	9	2	0	0	0	2
Leben	257	16	5	1	0	22
Maschinen	3	0	0	0	0	0
Reise	181	37	11	3	0	51
Rechtsschutz	255	24	3	1	0	28
Schmuck	2	1	0	0	0	1
Transport	1	0	0	0	0	0
Tier	8	3	0	0	0	3
Unfall privat	32	6	0	0	0	6
Wasser	54	10	2	0	0	12
UVG	514	38	5	0	2	45
BVG	65	8	1	0	0	9
Insgesamt	**2654**	**256**	**51**	**16**	**5**	**328**

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2015 abgeschlossenen 291 Interventionen war in 194 Fällen (66,6%) positiv und in 85 Fällen (29,2%) negativ. In 12 Fällen (4,1%) wurde das Resultat als neutral erfasst.

Als neutral wird das Ergebnis einer Intervention jeweils dann erfasst, wenn eine Intervention einzig Informationsfragen betraf, wenn wir unsere Tätigkeit infolge Beizugs eines Anwalts durch die Beschwerde führende Partei vorzeitig beenden mussten, oder wenn eine Intervention gegenstandslos wird, weil sich eine Antwort des Versicherers mit einer Intervention kreuzt.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

Die Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften funktionierte wie bis anhin in den meisten Fällen gut bis sehr gut.

Dass die Zusammenarbeit mit den meisten Versicherungs-Gesellschaften gut funktioniert, hängt wesentlich von den direkten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsman bei den Versicherern ab. Diese sind in der Regel Direktionsmitglieder mit den erforderlichen Entscheidkompetenzen und dem versicherungsintern nötigen Durchsetzungsvermögen. Dort wo es im Rahmen der Zusammenarbeit in Einzelfällen Probleme gab, konnten diese in aller Regel rasch gelöst werden.

Die Stellungnahmen der Gesellschaft waren dementsprechend qualitativ in der grossen Mehrheit der Fälle fundiert und basierten auf ernsthafter und seriöser Prüfung der Interventionen.

Nicht befriedigend war die Zusammenarbeit lediglich in Einzelfällen. Dies war jeweils dann der Fall, wenn die vom der Ombudsstelle als wesentlich erachtete Argumente nicht berücksichtigt worden sind, oder wenn Stellungnahmen allzu kurz abgefasst und beispielsweise im UVG-Bereich interventionsbedingt neu erstellte Taggeld-Abrechnungen auch für die Ombudsstelle nicht nachvollziehbar waren. In diesen Fällen war jeweils eine zusätzliche Intervention erforderlich. Unbefriedigend waren für die Ombudsstelle auch einzelne Interventionsfälle, die zwar zum vollständigen Entgegenkommen des Versicherers führten, dieser jedoch den Interventionsfall ohne jegliche Information an die Ombudsstelle direkt mit der Beschwerde führenden Partei erledigte, anstatt (wie auch bei den ablehnenden Stellungnahmen) der Ombudsstelle zuhanden der Beschwerde führenden Partei zu antworten.

Die Bearbeitungsgeschwindigkeit der Interventionen gab nur in wenigen Fällen zu Beanstandungen Anlass. Sie betrug bei den Personenversicherungen wie bis anhin vier bis sechs Wochen und ansonsten in den meisten Fällen maximal vier Wochen. Längere Bearbeitungszeiten gab es vor allem dann, wenn externe Berichte z.B. bei Ärzten eingeholt werden mussten, oder wenn in Ausnahmefällen die mit der Ausfertigung einer Stellungnahme beim Versicherer intern zuständige Person längere Zeit geschäftsabwesend war und keine Stellvertreterregelung bestand.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Wie bereits in den Vorjahren haben die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung im Berichtsjahr von 326 auf 269 erneut stark abgenommen (17,5%). Im 10-Jahresvergleich sind die Fallzahlen um 56% (von 608 auf 269) und verglichen mit dem Höchststand der Fallzahlen im Jahr 2009 (von 752 auf 269) um 64% tiefer. Der Rückgang der Fallzahlen betraf wie in den Vorjahren vor allem Anfragen und Beschwerden zu Lebensversicherungsprodukten, welche im Erlebensfall keine garantierte Leistung vorsahen, sowie Rentenversicherungen. Ein grosser Anteil der Fälle im Einzelleben-Bereich betraf Anfragen und Beschwerden im Zusammenhang mit Todesfall-Risikoversicherungen und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.

Aufklärungspflichten des Versicherers beim Abschluss einer gebundenen Vorsorge-Police/ Säule 3a

Verschiedene Beschwerden an die Ombudsstelle betrafen analog den Vorjahren die Aufklärungspflichten des Versicherers beim Abschluss von gebundenen Vorsorgepolicen/ Säule 3a. Diese wurden uns unter anderem von jungen Erwachsenen und Arbeitnehmern aus der EU unterbreitet, welche die fehlende Information des Versicherers beim Vertragsabschluss darüber beanstandeten, dass sie nach Aufgabe ihrer Arbeitstätigkeit in der Schweiz keine weiteren Prämienzahlungen in die Säule 3a vornehmen dürfen.

Beitragszahlungen in die Säule 3a setzen ein AHV-pflichtiges Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen voraus. In einzelnen Fällen stellte der Ombudsman fest, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluss nicht darüber aufgeklärt hatte, dass diese Beitragsvoraussetzungen in die Säule 3a während der gesamten Vertragsdauer erfüllt sein müssen, damit der Versicherungsnehmer sämtlichen Prämienzahlungen bis zum Vertragsablauf nachkommen kann.

Der Ombudsman intervenierte deshalb beim Versicherer und machte geltend, dass dieser nicht nur die Informationspflichten in Art. 3 VVG zu beachten habe. Wer sich auf Vertragsverhandlungen mit einer anderen Person einlässt, ist nach dem Grundsatz von Treu und Glauben über die gesetzlich geregelten Informationspflichten hinaus gehalten, die Gegenpartei über Tatsachen aufzuklären, welche für den Abschluss und den Inhalt des Vertrages für sie wesentlich sind. Zu diesen Tatsachen zählt bei der gebundenen Vorsorge Säule 3a die Aufklärung darüber, dass die Zulässigkeit der Prämienzahlung und damit der unveränderte Status des Vertrages in der Zukunft von der Möglichkeit des Steuerabzugs abhängt. Für Vorsorgeversicherungen können nicht höhere Beiträge einbezahlt werden, als ein Steuerabzug nach Art. 7 Abs. 1 BVV 3 zulässig ist. Die Prämienzahlungsberechtigung ist daher während der gesamten Vertragsdauer von Bedeutung.

In einem Interventionsfall lehnte der Versicherer eine Falschberatung beim Vertragsabschluss ab und machte geltend, dass die Police nach dem Wegzug aus der Schweiz als Säule 3b (freie Vorsorge) weitergeführt werden könne. Da ein entsprechender Vorsorgewechsel versicherungsrechtlich zulässig ist, erachtete der Ombudsman diesen Vorschlag als zweckmässige Lösung zur gewünschten Erhaltung des Versicherungsschutzes und der weiteren Bildung von Sparkapital im bisherigen Umfang.

In einem anderen Interventionsfall wies der involvierte Versicherer den Vorwurf der Beschwerde führenden Partei, eine Falschberatung begangen zu haben, ebenfalls von sich. Aufgrund der konkreten Umstände

des Einzelfalles erklärte er sich dennoch auf Kulanzbasis bereit, sämtliche bisherigen Prämienzahlungen zurückzuerstatten. Der Versicherer ging dabei sogar über die Empfehlung des Ombudsman hinaus, die Auflösung der Police unter Rückerstattung sämtlicher Prämienzahlungen (abzüglich des Risikoprämienanteils für das bis zur Vertragsauflösung getragene Risiko, aber ohne Abzug von Abschlusskosten) zu offerieren.

Grenzen der Auskunftspflicht der Begünstigten gegenüber dem Todesfall-Versicherer nach Eintritt des versicherten Todesfalls

Ein Beschwerdefall gegen einen Todesfall-Versicherer betraf den Umfang der Mitwirkungspflichten der begünstigten Angehörigen nach Eintritt des durch einen Herzinfarkt bedingten Todes der versicherten Person. Nachdem die Begünstigten den Versicherer über den eingetreten Todesfall informiert und ihm die eingeforderten Unterlagen (d.h. insbesondere den amtlichen Todesschein und einen Arzt-Bericht zur Todesursache) eingereicht hatten, erhielten sie während mehrerer Monate keine Nachricht mehr vom Versicherer.

Die Begünstigten erinnerten den Versicherer daher an seine Pendenz. Dieser teilte ihnen mit, es könne aufgrund der Todesursache nicht ausgeschlossen werden, dass die verstorbene Versicherungsnehmerin beim Abschluss der Todesfall-Risikoversicherung im Rahmen der Beantwortung der Antragsfragen möglicherweise eine für den Tod kausale Vorerkrankung verschwiegen hatte. Um die vermutete Anzeigepflicht-Verletzung zu prüfen, bat der Versicherer die begünstigten Angehörigen um die Beantwortung verschiedener Fragen zu früheren medizinischen Behandlungen der Versicherungsnehmerin und um die Namen der behandelnden Ärzte in der Vergangenheit. Die Begünstigten lehnten dies ab und wandten sich an die Ombudsstelle.

Nach Prüfung der eingereichten Akten intervenierte der Ombudsman beim Versicherer und wies darauf hin, dass sich die Auskunftspflicht der Anspruchsberechtigten im Schadenfall (Art. 39 VVG) gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur auf Tatsachen bezieht, die zur Ermittlung der Umstände dienlich sind, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist. Sie erstreckt sich nicht auf Umstände, die hinsichtlich einer allfälligen Anzeigepflicht-Verletzung beim Vertragsschluss bedeutsam sein könnten.
Da die Anspruchsvoraussetzungen für die Todesfall-Leistung von den Begünstigten seit mehr als vier Wochen bewiesen waren und der Versicherer keine Anzeigepflicht-Verletzung nachgewiesen hatte, welche ihn von seiner Leistungsverpflichtung entbinden konnte, bezahlte der Versicherer die vorgesehene Todesfall-Leistung auf Empfehlung des Ombudsman umgehend.

Der Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen Anfragen und Beschwerden zur Ausgewiesenheit und zur Höhe der Versicherungsleistungen im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zu Vertragskündigungen und zum Deckungsumfang.

Mobiltelefon-Versicherung – Ist das Tragen des Mobiltelefons in der Hosentasche beim Gang auf die Toilette grobfahrlässig?

Vermehrt hatte sich die Ombudsstelle mit Anfragen und Beschwerden von Versicherten im Zusammenhang mit Mobil-Telefonversicherungen zu befassen. In einem dieser Fälle berichtete uns eine versicherte Person, ihr in der Gesässtasche aufbewahrtes Mobiltelefon sei ihr in die Toilettenschüssel gefallen.

Dabei sei am Gerät ein Wasserschaden entstanden, welcher nicht mehr repariert werden konnte. Der Versicherer vertrat die Auffassung, die Nutzung, Mitführung oder das Ablegen eines Mobiltelefons in der unmittelbaren Nähe von Wasser oder im Wasser sei grob-

fahrlässig, weshalb der Schaden gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB nicht gedeckt sei.

Grobfahrlässig handelt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes, wer eine elementare Vorsichtspflicht verletzt, deren Beachtung sich jedem verständigen Menschen in der gleichen Lage und unter den gleichen konkreten Umständen aufdrängt. Die Ombudsstelle intervenierte daher beim Versicherer und machte geltend, dass das Tragen eines Mobiltelefons in der Hosentasche beim Gang auf die Toilette grundsätzlich nicht als grobfahrlässig bezeichnet werden kann. Je nach Situation könne zwar einfache Fahrlässigkeit vorliegen. Die qualifizierenden Elemente der groben Fahrlässigkeit seien dabei aber nicht ohne weiteres gegeben. Unter Umständen ist es sogar geboten, das Mobiltelefon auf die Toilette mitzunehmen, damit dieses nicht unbewacht deponiert werden muss. Nur weil das Mobiltelefon in die Toilette fällt, kann jedenfalls nicht auf Grobfahrlässigkeit geschlossen werden. Qualifizierende Elemente, welchen den entsprechenden Vorwurf begründen, habe der Versicherer nicht angeführt. Falls er Schäden, welche beim Mitführen des Mobiltelefons auf die Toilette entstehen, grundsätzlich nicht übernehmen wolle, hätte er dies nach Auffassung der Ombudsstelle durch eine klare Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zum Ausdruck bringen müssen. In der Folge kam der Versicherer aufgrund der von der Ombudsstelle vorgebrachten Argumente entgegen und bezahlte den eingetretenen Schaden.

Gebäudeversicherung – Verantwortlichkeiten für eine Unterversicherung am abgebrannten Haus – Bedeutung der Berufshaftpflichtversicherung des Versicherungsbrokers

Bei privaten Gebäudeversicherungen hatte sich die Ombudsstelle teilweise mit komplexen Meinungsverschiedenheiten unter mehreren Parteien mit hohen Streitwerten zu befassen. In einem Beschwerdefall war ein Haus niedergebrannt. Der Gesamtschaden betrug ca. CHF 1,5 Mio. Nach Anmeldung des Schadens machte der private Gebäudeversicherer eine Unterversicherung von ca. CHF 400'000.- geltend. Wenn eine Unterversicherung besteht, muss der Versicherer den entstandenen Schaden nur im Verhältnis der Versicherungssumme zum (höheren) Ersatzwert übernehmen.

Der Gebäude-Eigentümer akzeptierte die Position des Versicherers nicht. Er warf dem Gebäude-Versicherer vor, dass er die Versicherungssumme trotz der vor Jahren vorgenommenen Zustellung der neuesten Gebäude-Schätzung nicht angehoben habe. Gleichzeitig warf er auch seinem Versicherungsbroker vor, das ca. ein Jahr nach Vorliegen der neuen Gebäude-Schätzung und längere Zeit vor Schadeneintritt erhaltene Mandat zur Überprüfung des richtigen Versicherungsschutzes nicht sorgfältig ausgeführt zu haben. Sämtliche Beteiligten lehnten indes eine eigene Mitverantwortung ab.

Nach Prüfung des Sachverhalts stellte der Ombudsman fest, dass die Verantwortung für den richtigen Versicherungsschutz zunächst einzig beim Versicherungsnehmer und nicht bei der Versicherungs-Gesellschaft lag. Nachdem eine neue Gebäudeschätzung durchgeführt worden war, informierte er den Gebäudeversicherer zwar darüber. Die kommentarlose Zustellung der Schätzung vermochte jedoch keine automatische Erhöhung der Versicherungssumme um CHF 400'000.- zu bewirken. Die Erhöhung der Versicherungssumme bedarf einer übereinstimmenden gegenseitigen Willenserklärung über die neue Versicherungssumme und die dadurch bedingte neue Versicherungsprämie.

Als der Versicherer nach Erhalt der Gebäudeschätzung nicht reagiert hatte, hätte der Versicherungsnehmer aktiv werden und beim Versicherer explizit eine Erhöhung der Versicherungssumme beantragen sollen. Streng rechtlich gesehen wäre der Versicherer allerdings nicht verpflichtet gewesen, einen entsprechenden Antrag zu akzeptieren, falls ein solcher gestellt worden wäre. Unabhän-

gig davon hatte der Gebäude-Versicherer aufgrund der bereits bestehenden Vertragsbeziehung nach Auffassung des Ombudsman gewisse Loyalitätspflichten gegenüber dem Versicherungsnehmer zu beachten. Er hätte deshalb nach Erhalt der Gebäudeschätzung reagieren sollen, weil diese auf eine bestehende Unterversicherung schliessen liess. Nachdem der Gebäude-Eigentümer ca. ein Jahr nach Vorliegen dieser Gebäudeschätzung einen Makler-Vertrag mit dem Versicherungsbroker abgeschlossen hatte, traf nach Auffassung des Ombudsman ab diesem Zeitpunkt auch diesen eine massgebliche Verantwortung bzw. Mitverantwortung für die unterbliebene Vertragsanpassung.

Nach schwierigen Verhandlungen durch die Ombudsstelle konnte unter Verzicht auf eine abschliessende Beurteilung der strittigen Verantwortlichkeiten ein Vergleich abgeschlossen werden. Danach verpflichteten sich sowohl der Gebäudeversicherer als auch der Versicherungsbroker bzw. dessen Berufshaftpflicht-Versicherer zu einer Beteiligung an der Unterversicherung zu je 40%. Der Gebäude-Eigentümer erklärte sich damit einverstanden, den verbleibenden Anteil von 20% selber zu tragen, nachdem der Gebäude-Versicherer sich auf Empfehlung des Ombudsman, den Gesamtschaden abschliessend zu regeln, im Rahmen des Vergleichs auch noch bereit erklärte, dem Beschwerdeführer gegenüber auf eine allfällige Leistungskürzung auf dem Gesamtschaden von CHF 1,5 Mio. wegen grobfahrlässiger Brand-Verursachung zu verzichten. Dieser Interventionsfall zeigt eindrücklich die Wichtigkeit einer Berufshaftpflicht-Versicherung für Versicherungsbroker. Ohne eine solche wäre weder eine gütliche Lösung, noch eine angemessene Entschädigung des Gebäude-Eigentümers möglich gewesen.

Diebstahl von zwei gestohlenen Fahrrädern – ein oder zwei Schadenereignisse?

Die Ombudsstelle hatte sich im Rahmen von Beschwerden gegen Diebstahl-Versicherer vereinzelt mit der Frage zu befassen, ob ein oder zwei Schadenereignisse vorliegen. Diese Frage ist nicht nur bezüglich des Selbstbehalts von Relevanz, sondern auch bezüglich der maximalen Versicherungsleistung für sogenannten «einfachen Diebstahl auswärts». Einer dieser Fälle betraf den Diebstahl von zwei teuren Fahrrädern auf dem gleichen Bahnhofareal. Der Schaden betrug ca. CHF 18'500.-. Der Versicherer bezahlte jedoch nur eine Entschädigung von CHF 10'000.-, weil die Versicherungssumme für «einfachen Diebstahl auswärts» gemäss dem abgeschlossenen Vertrag auf diesen Betrag pro Ereignis beschränkt war. Die versicherte Person stellte sich auf den Standpunkt, es handle sich um zwei separate Schadenfälle, weil zwei Fahrräder gestohlen sowie zwei Polizeirapporte und Strafanzeigen erstellt wurden. Zudem glaube sie, dass entweder zwei Täter beteiligt waren oder die Fahrräder nacheinander gestohlen wurden.

Die Frage, ob ein oder zwei Schadenereignisse vorliegen, richtet sich nach Auffassung der Ombudsstelle danach, ob der Diebstahl der beiden Fahrräder im Rahmen des gleichen Lebenssachverhalts stattgefunden hat oder nicht. Ein Lebenssachverhalt kann sich auch über eine längere Zeitspanne erstrecken und mehrere Gegenstände erfassen. Wie viele Schadenanzeigen bzw. Polizeirapporte erstellt wurden, oder ob beide Fahrräder separat abgeschlossen waren, belegt keine verschiedenen Lebenssachverhalte. Gemäss den Angaben in den erstellten Polizeirapporten wurden die Fahrräder am gleichen Tatort, am gleichen Tag und innerhalb eines Zeitraums von maximal ca. 35 Minuten gestohlen. Anhaltspunkte, wonach der jeweilige Diebstahl von unterschiedlichen Tätern oder Tätergruppen bzw. zu verschiedenen Zeiten verübt wurde, lagen nicht vor. Da dies nicht der Fall war, konnte die Ombudsstelle die Position des Versicherers nicht beanstanden, es sei nur ein Schadenereignis bewiesen und daher nur die maximale Versicherungssumme für ein Ereignis geschuldet.

Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherungen – Der Verursacher eines Schadens hat nicht für

die im Schadenzeitpunkt bereits vorbestehenden Schäden aufzukommen

Verschiedentlich mussten wir Beschwerdeführenden mitteilen, dass sie sich bei der Entschädigung durch den gegnerischen Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer Vorschäden anrechnen lassen müssen. Hat es beispielsweise an einer Stossstange, die nach einer Auffahrkollision ersetzt werden muss, bereits Vorschäden gehabt, werden diese von der Entschädigung in Abzug gebracht. Mit anderen Worten wird ein Mehrwert des Fahrzeugs infolge der Reparatur bei der Berechnung des Schadenersatzes berücksichtigt. Ansonsten fände eine wirtschaftliche Bereicherung des Geschädigten statt. Für das Argument einzelner Versicherter, sie hätten von diesem Mehrwert keinen effektiven Nutzen, hatte die Ombudsstelle zwar Verständnis. Dieses vermochte jedoch die Rechtslage nicht zu ändern, weil der wirtschaftliche Mehrwert des Fahrzeugs, der durch die Reparatur eines Vorschadens entsteht, auch zu einer Erhöhung des Wiederverkaufswerts führt.

Krankentaggeld-Branche – Darf der Taggeld-Versicherer seine Leistungen einstellen, nachdem ein versicherter Selbständigerwerbender aufgrund der versicherten Krankheit seine Berufstätigkeit aufgeben und seinen Betrieb schliessen musste?

Auch im Berichtsjahr hatten wir uns mit einer grossen Anzahl Krankheitsfällen zu befassen. In einigen Fällen konnten wir einen Beitrag dazu leisten, dass sich die (meist finanzielle) Situation der Beschwerdeführenden durch eine Intervention beim Versicherer verbessern liess. Einer der Fälle, bei dem unsere Vermittlungsbemühungen scheiterten, betraf den Inhaber einer Bäckerei. Nachdem er krankheitsbedingt arbeitsunfähig wurde, erhielt er mehrere Monate lang die vereinbarten Taggelder. Anlässlich eines Besuchs durch seinen Versicherer stellte dieser fest, dass der Versicherungsnehmer seine Bäckerei krankheitsbedingt zwei Monate zuvor geschlossen hatte. Der Versicherer teilte ihm in der Folge mit, dass die Taggelder gemäss den massgeblichen Vertragsbedingungen infolge Geschäftsaufgabe einzustellen seien, und beendete die Zahlungen per Ende Monat.

Den Einwand des Versicherten, dass eine Taggeld-Dauer von 730 Tagen pro Krankheitsfall vereinbart und sein Betrieb im Handelsregister nicht gelöscht worden sei, akzeptierte der Versicherer nicht. Im Gegenteil machte er geltend, gemäss den Vertragsbedingungen hätte er die Leistungen schon zwei Monate zuvor einstellen dürfen. Der Versicherer riet dem Versicherungsnehmer daher zur Kündigung des Vertrags, was dieser denn auch tat.

Ein paar Monate danach wandte er sich an die Ombudsstelle. Diese intervenierte beim Versicherer und machte geltend, dass der Versicherungsnehmer nicht richtig beraten worden sei. Einerseits hätte ihm aufgrund des Vertragswortlauts ein Übertritt in die Einzelversicherung offeriert werden müssen. Andererseits hätten weiterhin Taggeld-Zahlungen vorgenommen werden müssen. Es sei einleuchtend, dass ein versicherter Kleinunternehmer bei krankheitsbedingter vollständiger Arbeitsunfähigkeit sein Geschäft nicht mehr weiterführen könne. Die vom Versicherer erwähnte Vertragsregelung, nach welcher bei Beendigung der Versicherung ein Anspruch auf Taggelder in jedem Fall ende, könne sich bei systematischer Auslegung des Vertrags nicht auf Fälle der krankheitsbedingt notwendigen Berufsaufgabe beziehen. Dies wäre mit dem Zweck der Versicherung nicht in Einklang zu bringen. Eine entsprechende Klausel wäre ohnehin «ungewöhnlich» im Sinne der Rechtsprechung und daher ungültig.

Der Versicherer lehnte ein Entgegenkommen allerdings auch nach intensiven Verhandlungen ab und brachte vor, die Vertragsaufhebung sei auf Wunsch des Versicherungsnehmers erfolgt. Er habe zudem schriftlich die «Geschäftsaufgabe/Wegfall Risiko» bestätigt, weshalb kein Wille zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nach Gesundung erkennbar sei. Es bestehe somit kein krankheitsbedingter Einkommensverlust. Der Ombudsman betrachtete den Standpunkt

des Versicherers als rechtlich falsch. Nach entsprechender Vorankündigung an den Versicherer empfahl er deshalb dem Beschwerdeführer, im Hinblick auf die Beschreitung des Prozesswegs einen Anwalt beizuziehen.

Reiseversicherungsbranche – Nahezu Verdoppelung der Fälle innert zwei Jahren

Die Anzahl der Fälle in der Reiseversicherungsbranche haben sich innert zwei Jahren (von 120 auf 232) nahezu verdoppelt. Dieser Anstieg der Fallzahlen ist nach Einschätzung des Ombudsman einerseits auf eine starke Zunahme der uns unterbreiteten Reiseannullations-Fälle infolge psychischer Probleme bzw. Krankheiten, aber auch auf eine teils sehr strenge Schadenpraxis zurückzuführen.

Im Hinblick auf die Reduzierung künftiger Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit psychisch bedingten Reise-Annullationen gibt der Ombudsman folgende Empfehlungen zuhanden der versicherten Personen ab:

1. Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, sollten sich aus Beweisgründen unmittelbar vor Buchung einer Reise ihre Reisefähigkeit für die geplante Reise im Zeitpunkt der Reisebuchung durch einen psychiatrischen Facharzt bestätigen lassen. Im ärztlichen Attest sollte auch Bezug auf die Art der Reise genommen werden (z.B. Flugreise, Badeferien, Trecking-Tour im Hochgebirge etc.).

2. Falls eine akute, unvorhersehbare Verschlimmerung des Leidens eintritt, sollte der betreffende Facharzt vor einer allfälligen Reise-Annullation konsultiert werden, damit er nötigenfalls vor der Annullation ein Reiseunfähigkeits-Attest (und falls in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB ebenfalls verlangt: auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) ausstellen kann. Rückwirkende Arztzeugnisse werden von den Versicherern in der Regel nicht akzeptiert.

3. Auskünfte zur Versicherungsdeckung sollten nicht beim Arzt, sondern ausschliesslich beim Reiseversicherer eingeholt werden. Entsprechende Auskünfte des behandelnden Arztes sind in rechtlicher Hinsicht nicht von Relevanz, da dieser für medizinische Fragen und nicht für die Beurteilung der Versicherungsdeckung von Reiseversicherungen zuständig ist.

Zuhanden der Reiseversicherer gibt der Ombudsman folgende Empfehlung ab:
Die Anforderungen an den echtzeitlichen Beleg von krankheitsbedingten Reiseannullationsattesten sollten situationsgerecht gestellt werden. Dies gilt vor allem dann, wenn das Aufsuchen eines Facharztes unmittelbar vor Beginn der gebuchten Reise (aus örtlichen oder zeitlichen Gründen) kaum mehr oder nur noch unter erheblich erschwerten Bedingungen möglich ist.

Probleme beim Online-Abschluss von Heilungskostenversicherungen für Gäste aus dem Ausland

Im Berichtsjahr hatten wir uns erstmals mit Problemen bei Online-Abschlüssen von Versicherungen zu befassen. In einen Fall schloss der Gastgeber für die eingeladene Person im Internet direkt eine Police bei einem Reiseversicherer ab. Dazu musste er auf der Webseite des Reiseversicherers unter anderem zwingend das Datum der Einreise und das Beginn-Datum der Versicherung eintragen. Im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses lag die Einreise des Verwandten schon mehr als fünf Tage zurück. Dies hinderte den Direktabschluss der Versicherung im Internet allerdings nicht, obschon die Versicherung nach den Vertragsbedingungen nur gültig ist, wenn sie spätestens am fünften Tag nach der Einreise in die Schweiz abgeschlossen wird. In der Folge trat ein Schadenfall ein, und der Versicherer lehnte die beantragte Übernahme der Heilungskosten mangels Einhaltung dieser 5-Tage-Klausel ab. Nach Einschaltung der Ombudsstelle machten wir beim Reiseversicherer geltend, dass seine Webseite den Abschluss von Verträgen zulässt, die nach den Vertragsbedingungen gar nicht gültig sind. Problematisch sei, dass der Versicherungs-

nehmer im Glauben gelassen wurde, er habe einen gültigen Vertrag abgeschlossen. Mit einer Sperrfunktion auf der Webseite hätte automatisch ein Vertragsabschluss verhindert werden können, wenn die vom Versicherungsnehmer einzugebenden Daten der Einreise und des Versicherungsbeginns mehr als fünf Tage auseinander liegen.

Die Gesellschaft wendete dagegen ein, dass an mehreren Stellen auf der Webseite auf das Gültigkeitserfordernis des Vertragsabschlusses innert fünf Tagen seit der Einreise hingewiesen wird. Da diese Hinweise allerdings nur durch Anklicken von markierten Informationshinweisen auf der Webseite ersichtlich sind, schlug der Ombudsman vor, die erwähnte Sperre in der Webseite einzufügen, oder zumindest die Gültigkeitsvoraussetzungen direkt sichtbar beim einzugebenden Datum des Versicherungsbeginns (d.h. ohne Notwendigkeit des Anklickens eines markierten Informationsfensters) aufzuführen. Diesbezüglich machte der Reiseversicherer keine Zusicherungen. Er erklärte sich jedoch bereit, die mit Kreditkarte beim Onlineabschluss bezahlte Versicherungsprämie zurückzuerstatten.

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 559 und damit 0,5% mehr Anfragen als im Vorjahr (556) an die Ombudsstelle gerichtet. 480 (467) Fälle entfielen auf die deutsche, 49 (45) auf die französische und 30 (44) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 85,9% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 14,1%.

Per Beginn des Berichtsjahrs 2015 wurden die in unserer Statistik erfassten Beschwerdegründe an die im Laufe der Jahre veränderten Gegebenheiten angepasst. Diejenige Beschwerdegründe, welche nicht mehr (separat) erfasst wurden, sind in der diesjährigen Grafik durchgestrichen und die neu erfassten Beschwerdegründe schräggestellt.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	20	(11)	1	(1)	2	(0)
~~Beginn Unterstellung~~		~~(1)~~		~~(0)~~		~~(0)~~
~~Ende Unterstellung~~		~~(4)~~		~~(2)~~		~~(0)~~
Vertragsabschluss	10	(11)	0	(0)	0	(0)
Prämien	6	(12)	0	(0)	0	(1)
~~Franchise~~		~~(0)~~		~~(0)~~		~~(0)~~
Total	36	(39)	1	(3)	2	(1)
B Unfallverhütung	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Heilbehandlung	117	(21)	9	(0)	7	(5)
Hilfsmittel (neu erfasst)	*8*	*()*	*0*	*()*	*0*	*()*
~~Kostenvergütung~~		~~(65)~~		~~(4)~~		~~(3)~~
Taggeld	70	(60)	13	(4)	9	(11)
Invaliden-Rente	15	(13)	3	(1)	0	(5)
Integritätsentschädigung	2	(7)	1	(1)	0	(2)
Kausalität (neu erfasst)	*68*	*()*	*4*	*()*	*3*	*()*
Total	283	(168)	30	(10)	19	(26)
C Leistungskürzung/-ablehnungen	39	(151)	5	(27)	0	(2)
Regress	1	(1)	0	(0)	0	(0)
Total	40	(152)	5	(27)	0	(2)
D Allg. Informationen/Verfahren	121	(108)	13	(5)	9	(15)
Total	**480**	**(467)**	**49**	**(45)**	**30**	**(44)**

Wert des Vorjahres in Klammer

514 der insgesamt 559 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 45 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 20 der 37 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 13 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 4 Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Sportverletzungen sind nicht automatisch Unfälle im Rechtssinn

Der rechtliche Unfallbegriff deckt sich nicht mit dem Unfallbegriff im allgemeinen Sprachgebrauch. Auch im Berichtsjahr war daher in einigen Fällen das Vorliegen eines Unfalles im rechtlichen Sinne oder einer unfallähnlichen Körperschädigung umstritten. Erneut standen Sportverletzungen im Vordergrund. Konkret hatte die Ombudsstelle einen Fall zu beurteilen, in welchem die versicherte Person beim Skifahren über eine Schanze gesprungen war und den „Sweet Spot" bzw. den vorgesehenen, idealen Landepunkt verpasst hatte. Diese Person konnte aufgrund ihrer guten körperlichen Verfassung offenbar einen Sturz vermeiden und nach der Landung auf dem rechten Ski weiterfahren. Bei der Landung kam es indessen zu einer Kompression ihres Körpers, nach welcher sie Beschwerden im linken Knie verspürte.

Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Im erwähnten Fall war wie bei vielen sog. Sportunfällen das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors fraglich. Zu prüfen war demnach, ob der misslungene Sprung als solcher zu taxieren sei. Diesbezüglich ist von Relevanz, dass sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors bezieht, sondern auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass die Landung auf dem rechten Ski allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Der äussere Faktor gilt dann als ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des (im jeweiligen Lebensbereich) Alltäglichen oder Üblichen überschreitet, ein Geschehen also nicht mehr in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall sowie nach einem objektiven Massstab.

Der ungewöhnliche äussere Faktor kann auch in einer unkoordinierten Bewegung oder in einer (im Hinblick auf die Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person) ausserordentlichen Überanstrengung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam «programmwidrig» beeinflusst hat.

Ohne besonderes Vorkommnis ist bei einer Sportverletzung das Vorliegen eines Unfalles im Rechtssinn zu verneinen. Ein Unfall ist auch dann zu verneinen, wenn eine sportliche Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber noch in der Spannweite des Üblichen bewegt. Dies war auch in der von der Ombudsstelle zu beurteilenden Angelegenheit der Fall. Zu klären blieb im fraglichen Fall daher nur noch, ob eine unfallähnliche Körperschädigung eingetreten ist. Solche Verletzungen sind nämlich Unfällen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung gleichgestellt. Das Ergebnis dieser Abklärungen lag aufgrund eines ausstehenden Arztberichts bis zum Druck des Jahresberichts noch nicht vor. Als unfallähnliche Körperschäden gelten Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskus-, Muskel- und Sehnenrisse, Muskelzerrungen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind.

Bedeutung der Aussagen der ersten Stunde – Unfallmeldung

Grosses Gewicht bei der Prüfung der Frage, ob von einem Unfall im Rechtssinne oder einer unfallähnlichen Körperschädigung auszugehen ist, kommt jeweils den spontanen «Aussagen der ersten Stunde», d.h. den Angaben in der Unfallmeldung UVG oder in den UVG-Fragebögen zu. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Aussage „der ersten Stunde" schon aufgrund des besseren Erinnerungsvermögens meist korrekter ist als nachträgliche, allenfalls durch bestimmte Überlegungen beeinflusste Ausführungen.

In diesem Zusammenhang haben wir generell festgestellt, dass die Standard-Formulare der UVG-Versicherer – möglicherweise auf unsere wiederholten Empfehlungen hin – zwischenzeitlich wesentlich mehr Platz für die Unfallmeldung vorsehen. Zudem findet sich in den Formularen häufig der Hinweis, dass der fragliche Lebenssachverhalt möglichst detailliert und umfassend sowie unter Wiedergabe des Geschehnisses und den dazu gehörenden Begleitumständen zu schildern ist. Im Fragebogen einer Versicherungsgesellschaft wird in diesem Zusammenhang sogar hervorgehoben, dass spätere Ergänzungen nicht mehr berücksichtigt werden können, eine Konsequenz, welche unseres Erachtens in dieser absoluten Form jedoch nicht gelten kann bzw. im Einzelfall zu prüfen ist. Letztlich enthalten die Formulare oft auch verschiedene zielführende Ergänzungsfragen, durch welche die versicherte Person erkennen kann, welche Angaben für den Versicherer zur Prüfung seiner Leistungspflicht wesentlich sind. Insgesamt ist dies als erfreuliche Entwicklung zu werten, durch welche in der Praxis künftig sicherlich einige Probleme vermieden werden können.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich ab. Im Berichtsjahr wandten sich 74 (105) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 49 Fälle, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten. Letztere mussten wir jeweils an den Verein BVG-Auskünfte oder an ihren Rechtsschutz-Versicherer weiterverweisen.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	2	(3)	0	(2)	0	(2)
Deckungsumfang	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	1	(1)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Reglement	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	8	(3)	1	(2)	1	(2)
Freizügigkeit	11	(16)	0	(0)	0	(0)
Vorbezug	3	(4)	1	(1)	1	(1)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	3	(4)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	10	(24)	4	(6)	4	(6)
Allgemeine Informationen	6	(9)	2	(5)	2	(5)
Verjährung	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	0	(4)	0	(1)	0	(1)
Scheidung	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Koordinierter Lohn	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Anwalt	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Total	**63**	**(77)**	**8**	**(17)**	**3**	**(11)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 9 Fälle. In 7 Fällen führten die Interventionen für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis, 1 war negativ und 1 neutral.

Keine Barauszahlung der Guthaben aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge bei Auswanderung in einem EU-/EFTA-Staat

Ein Beschwerdefall mit Auslandbezug wurde uns von einer Person unterbreitet, welcher ihre Arbeitsstelle in der Schweiz verloren hatte, die Schweiz deshalb verlassen und wieder nach Deutschland zurückkehren wollte. Sie ersuchte den BVG-Versicherer daher um Barauszahlung ihres Guthabens aus der beruflichen Vorsorge infolge Verlassens der Schweiz. Die zuständige BVG-Sammelstiftung teilte ihr in der Folge mit, dass eine Barauszahlung von Guthaben aus der beruflichen Vorsorge bei Ausreise in einen EU-/EFTA-Staat nur im überobligatorischen Bereich möglich sei.

Die Ombudsstelle musste der Beschwerde führenden Partei mitteilen, dass die Position des BVG-Versicherers nicht beanstandet werden kann. Die Schweiz hat im Rahmen des Abkommens über die Personenfreizügigkeit EU-Recht übernommen. Danach ist eine Barauszahlung des Vorsorgeguthabens bei Ausreise ins Ausland unter den folgenden Bedingungen nicht möglich:

– die Ausreise erfolgt nach dem 31.5.2007 (bei Ausreise nach Bulgarien oder Rumänien ab 1.06.2009) und

– die Barauszahlung betrifft ein Guthaben aus der gesetzlichen Minimalvorsorge (obligatorische Vorsorge nach BVG) und

– die Ausreise erfolgt in ein Land der EU oder der EFTA und

– die betreffende Person untersteht im neuen Land der obligatorischen staatlichen Versicherung für Alters-, Invaliditäts- und Hinterlassenen-Leistungen.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Nachdem im Jahr 2014 in der italienischen Schweiz der Höhepunkt der Fallzahlen der letzten 10 Jahre erreicht wurde, sind die der Zweigstelle der italienischen Schweiz unterbreiteten Beschwerdefälle im Berichtsjahr 2015 zu den durchschnittlichen Zahlen der Vorjahre zurückgekehrt. Insgesamt konnte Avv. Caimi im Berichtsjahr 298 Anfragen verzeichnen.

Innerhalb der Zuständigkeit ist die Anzahl der Anfragen im Privatversicherungsbereich von 210 auf 203 zurückgegangen; im UVG-Bereich sind sie von 44 auf 30 und im BVG-Bereich von 11 auf 3 gesunken. Mit 62 Gesuchen ist der Umfang der Angelegenheiten, in denen die Zweigstelle im Tessin nicht zuständig war, im Vorjahresvergleich identisch geblieben. Die Mehrzahl dieser Fälle betraf wie bisher die soziale Krankenversicherung (31) sowie Rechtszweige ausserhalb des Versicherungsrechts (22).

Die Anzahl der Interventionen zu Beschwerden aus der italienischen Schweiz ist konstant geblieben. Diese führten meistens (in 89% der Fälle) zu einem positiven Ergebnis für die Beschwerde führende Partei.

Konstant zahlenmässig an der Spitze standen Anfragen zur Krankentaggeld-Branche (58), gefolgt von Anliegen zu den Haftpflichtversicherungs-Branchen (55 Fälle, davon 32 zur Autohaftpflicht und 23 zur allgemeinen Haftpflicht), zum Bereich Einzel-Leben (18) und zur privaten Unfallversicherung (5). Am meisten verringert haben sich die Gesuche zu Einzel-Lebensversicherungen (von 34 auf 18).

Bezogen auf die Problemfelder standen in allen Bereichen und Branchen Meinungsverschiedenheiten zur Versicherungsleistung bzw. zur Schadenerledigung (85 Fälle) im Vordergrund, gefolgt von Problemen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss (16), dem Deckungsumfang (11) sowie zur Vertrags-Kündigung (13).

Kunden empfinden Kündigungen durch den Versicherer im gedeckten Schadenfall nach Art. 42 VVG oft als unfair

Am meisten Anliegen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und mit Kündigungen im Schadenfall wurden Avv. Caimi aus den Massengeschäften Autohaftpflicht und Fahrzeugkasko, in der Krankentaggeldversicherung sowie in der Gebäude- und Hausratversicherung unterbreitet. Avv. Caimi stellt fest, dass Versicherte Kündigungen durch den Versicherer aus «ökonomischen» Gründen, welche dann ausgesprochen werden, wenn eine Police aufgrund der Schadenhäufigkeit nicht mehr rentabel ist, häufig ungerecht bzw. unfair erachten. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Versicherten am Eintritt der Schadenfälle kein Verschulden trifft (z.B. bei Diebstahl-Ereignissen oder Teilkasko-Schäden in der Motorfahrzeug-Versicherung) und sie deshalb den Eindruck haben, von der eigenen Versicherung im Stich gelassen zu werden.

Für viele Versicherte ist es schwierig, sich in der zunehmend komplexen Materie des Versicherungsrechts zurecht zu finden

Einige Anfragen (insgesamt 40) wurden Avv. Caimi von Versicherten unterbreitet, welche allgemeine und spezifische Versicherungs- und Verfahrensinformationen zum Gegenstand hatten. Dabei zeigte sich erneut, dass viele Versicherte Mühe haben, sich im immer komplizierter werdenden Versicherungsumfeld zurechtzufinden. Umso mehr schätzten diese unsere Institution und die fachkundige Auskunft durch Avv. Caimi über ihre Rechte und Pflichten als Repräsentanten der Ombudsstelle für die italienischsprachige Schweiz.

Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss – Anwendung des Kausalitätsprinzips nach Art. 6 Abs. 3 VVG bei der Beurteilung der Rechtsfolgen einer Anzeigepflicht-Verletzung durch den Antragssteller

Das teilrevidierte Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag/VVG ist bereits seit

1. Januar 2006 und somit seit 10 Jahren in Kraft. Mit der seither geltenden Gesetzes-Regelung in Art. 6 VVG konnten die harten Rechtsfolgen im Vergleich zur früher geltenden Regelung gemildert werden. Der Versicherer kann bei Vorliegen einer Anzeigepflicht-Verletzung seither einerseits nicht mehr rückwirkend bzw. «ex tunc» vom Vertrag zurücktreten, sondern nur noch ab dem Zeitpunkt des Kündigungsschreibens bzw. «ex nunc» kündigen. Andererseits erlischt die Leistungspflicht des Versicherers nicht mehr für sämtliche Schadenereignisse, sondern nur noch für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrtatsache beeinflusst worden ist. Die Anwendung dieses sog. «Kausalitätsprinzips» nach Abs. 3 dieser Gesetzesbestimmung bereitete in der Praxis in Einzelfällen Schwierigkeiten. Als Beispiel sei das Verschweigen von früheren Unfällen durch den Antragsteller beim Vertragsabschluss mit dem privaten Unfallversicherer erwähnt, obschon dieser vom Versicherer im Versicherungsantrag danach gefragt worden war. So kann aufgrund von früheren Nicht-Berufsunfällen nicht automatisch die Schlussfolgerung gezogen werden, die erheblichen Gefahrtatsachen, die sich bei den früheren Unfällen realisiert haben, seien für den Eintritt oder den Umfang eines hängigen Betriebsunfalls von Bedeutung gewesen.

Die Vermittlungen der Ombudsstelle hatten in einigen Fällen das Lösen von Blockaden in der Schadenabwicklung zum Gegenstand

Einige Beschwerdefälle, mit denen sich Avv. Caimi zu befassen hatte, waren auf Missverständnisse zwischen den Parteien und/oder auf persönliche Differenzen zwischen der versicherten Person und der beim Versicherer intern mit der Fallbearbeitung betrauten Person zurückzuführen, die im Rahmen der Schadenerledigung entstanden.

In diesen Fällen ist die Tätigkeit der Ombudsstelle (sei es durch Intervention oder neutrale Beratung) in der Regel erfolggekrönt und von den Versicherten besonders geschätzt.

Dauerthema Prämienverzug und dessen Folgen

Die Problematik des Verzugs in der Prämienzahlung und des darauf folgenden Ruhens der Leistungspflicht des Versicherers nach unbenutztem Ablauf der in der gesetzlichen Mahnung nach Art. 20 VVG angesetzten Nachfrist zur nachträglichen Bezahlung der ausstehenden Prämie innert 14 Tagen ist jedes Jahr von Neuem aktuell. Avv. Caimi muss immer wieder feststellen, dass die Beschwerdeführer diese Situation oft unterschätzen oder bei einem strittigen Versicherungsfall die Prämienzahlung einstellen, was beispielsweise in der Gebäudeversicherung oder im Falle eines Diebstahls zu gewichtigen negativen Folgen führen kann. In der Praxis ist es oft schwierig, Beschwerdeführenden verständlich darzulegen, dass die Versicherungsdeckung erst dann wieder (und nur für die Zukunft, nicht aber für den Zeitraum des Ruhens der Deckung) wieder auflebt, wenn die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird. Dementsprechend treten die Versicherer in der Praxis auf Schadenfälle, die während der Sistierung der Versicherungsdeckung eintreten, auch bei künftiger Bezahlung der Prämie nicht mehr ein.

Der UVG-Bereich

Im UVG-Bereich waren im Berichtsjahr in der italienischen Schweiz insgesamt 30 Fälle zu verzeichnen. Die meisten Beschwerden standen im Zusammenhang mit Taggeldleistungen und der Heilbehandlung (16) sowie mit Berufskrankheiten.

Nichtberufsunfälle – Versicherungsdeckung für Teilzeitangestellte

Im Bereich der Nichtberufsunfälle betrafen zwei Anliegen Teilzeit-Angestellte. In einem Fall ging es um die Anwendung der richtigen Methode zur Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsdauer von mindestens 8 Stunden pro Woche. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts sind dabei einerseits eine genügende Zeitspanne von 3 bis 12 Monaten und anderseits nur die effektiv gearbeiteten Wochen in Betracht zu ziehen. Da

die Versicherungsgesellschaft ihren Entscheid in Wiedererwägung zog und direkt entgegenkam, nachdem die versicherte Person auf Empfehlung von Avv. Caimi zunächst nochmals selber bei ihm vorstellig geworden war, konnte dieser Fall ohne Intervention der Ombudsstelle erledigt werden.

Bei unregelmässiger Teilzeitarbeit kann der Arbeitgeber die Versicherungsprämie für Nichtberufsunfälle vom Lohn abziehen, auch wenn noch nicht mit Gewissheit feststeht, wie hoch die durchschnittliche Arbeitszeit effektiv sein wird. Sollten am Ende des Jahres mindestens 8 Stunden pro Woche nicht erreicht werden, ist der Arbeitnehmer nicht versichert, und der Arbeitgeber wird ihm die Prämie zurückerstatten.

Wenn beim Antritt einer Teilzeitstelle unklar ist, ob eine durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche von mindestens 8 Stunden erreicht wird, empfiehlt es sich daher, mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen. Diese sollte schriftlich um begründete Stellungnahme ersucht werden, ob aufgrund der konkreten Umstände (zwecks Vermeidung von doppelten Prämienzahlungen an den UVG- und den KVG-Versicherer) auf die vorsorgliche Weiterführung der Unfalldeckung in der obligatorischen Krankenkassenversicherung verzichtet werden kann. Dies aus folgenden Gründen: Art. 8 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung/KVG sieht einerseits vor, dass der Krankenversicherer das Ruhen der Unfallversicherung auf Antrag der versicherten Person veranlasst, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Im gleichen Artikel sieht das KVG aber auch vor, dass die Unfälle nach dem KVG gedeckt sind, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

Wenig Anfragen zur beruflichen Vorsorge/BVG

Im Bereich der beruflichen Vorsorge wurden im 2015 nur 3 Fälle behandelt (2014: 11): zwei betrafen die Versicherungsleistung und einer Freizügigkeitsfragen.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Die Zweigstelle der französischsprachigen Schweiz hat im Berichtsjahr 2015 insgesamt 404 Anfragen erhalten. Für Me Olivier Subilia, den Repräsentanten der Ombudsstelle in der Westschweiz, ist dies das Jahr mit der tiefsten Fallzahl seit Aufnahme seiner Tätigkeit für unsere Institution im Jahr 2002. Im Vergleich zum Jahr 2006, als 665 Anfragen an die Zweigstelle gerichtet wurden, gingen die Fallzahlen um mehr als ein Drittel zurück. Der Rückgang der Anzahl Beschwerden entspricht einem Trend, der sich in der Westschweiz seit dem Jahr 2007 abzeichnet.

Im Vorjahrsvergleich gingen 56 Anfragen weniger ein (von 460 auf 404), was einer Reduktion von 12% entspricht. Die Ursachen für einen solchen Rückgang der Fallzahlen sind schwer zu eruieren. Dennoch versucht Me Subilia mit einigen Überlegungen, den Rückgang derselben zu erklären.

Der markanteste Rückgang – dieser gibt Me Subilia Anlass zur Freude – betrifft Beschwerden ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle. Bloss ein Fünftel aller Anfragen (84 im Vergleich zu 98 im Vorjahr) fielen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle. Im Vergleich dazu erhielt Me Subilia im Jahr 2006 noch 174 irrtümlich an ihn gerichtete Anfragen. Die entsprechenden Werte haben sich seither mehr als halbiert. Insgesamt 51 der 84 Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs fielen auf Belange der sozialen Krankenversicherung, welche direkt an die Ombudsstelle der Krankenversicherung weitergeleitet wurden.

Zusammengefasst gingen bei Me Subilia zwar weniger Beschwerden ein, aber nur sehr wenige Beschwerdeführende mit Anliegen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs, die er nicht an eine andere zuständige Stelle weiterverweisen konnte.

Das Gleiche betont Me Subilia auch bezüglich des hohen Anteils der Fälle in der Kategorie Diverses (20 von 84). Dabei handelt es sich meist um Versicherte, die sich an die Zweigstelle wenden, um ihrem Herzen Luft zu machen, welche Me Subilia den Umständen entsprechend an die sozialen Dienste verweisen musste. Me Subilia hofft, dass diese Personen dort die nötige Unterstützung für ihre Probleme erhielten, welche nichts mit privat- oder sozialversicherungsrechtlichen Fragen zu tun hatten.

UVG-Bereich

Der UVG-Bereich verzeichnet kaum Veränderungen: Nachdem die Anzahl Fälle von 49 im Jahr 2013 auf 45 im Jahr 2014 leicht zurückgingen, stiegen sie im Berichtsjahr wieder auf 49 an. Zwei der vier Interventionsfälle waren zudem mit Erfolg gekrönt. Nachdem Me Subilia in den Vorjahren oft auf eine Schwierigkeit im Unfallversicherungsrecht hinwies – namentlich die Möglichkeit des Versicherers, eine formelle Verfügung zu erlassen, was dazu führt, dass die Zuständigkeitskriterien der Ombudsstelle nicht mehr erfüllt sind – war er im Berichtsjahr mit diesem Problem nicht konfrontiert. Die Bereitschaft der unserer Stiftung angeschlossenen UVG-Versicherer, mit dem Erlass einer Verfügung zuzuwarten, damit sich Versicherte bei Bedarf noch an die Ombudsstelle wenden können, ist nach Einschätzung von Me Subilia mittlerweilen auch in der Westschweiz vorhanden.

UVG-Taggeldberechnung – Auch bei schwierigen Fällen kann es sich lohnen, über strittige Fragen intensiv zu verhandeln, damit eine gütliche Lösung gefunden werden kann

In einem UVG-Fall konnte die Stiftung zunächst erreichen, dass ein Versicherer eine Verfügung zurückzog, welche er parallel zum Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle erlassen hatte, sodass Me Subilia seine Vermittlungstätigkeit zu Ende bringen konnte. Es handelte sich dabei um die Berechnung des Anteils des versicherten Lohns einer

Person, die in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt war und ein tiefes Einkommen hatte, wobei man von einer künftigen Steigerung desselben ausgehen durfte. Diese Fragestellung, die an sich schon heikel ist, wurde noch durch Koordinationsprobleme mit beteiligten Sozialversicherern erschwert. Dieses Vermittlungsverfahren gestaltete sich besonders episch, da die Ombudsstelle vier Mal intervenieren musste. Dies geschieht nur in Ausnahmen, weil es zu vermeiden gilt, dass wir als neutrale Vermittler anwaltlich tätig werden. Aber im Endeffekt erwies sich dieses Vorgehen als erfolgreich. Der versicherten Person wurde ein höherer Lohn und somit eine höhere Versicherungsleistung zugestanden. Me Subilia schätzt es sehr, dass der Versicherer sich in einem solchen Fall bereit erklärte, den Dialog weiterzuführen, bis eine gemeinsame Lösung gefunden werden konnte. Dies im beidseitigen Interesse einer gütlichen Einigung und ungeachtet von der langen Zeitspanne und der erheblichen Diskrepanz der Standpunkte.

BVG-Bereich – Schwierige Auslegungsfragen

Im Bereich der beruflichen Vorsorge gingen bloss 8 Beschwerden ein, worunter eine, die Anlass zu einer Intervention gab. Auch hier handelte es sich um heikle Koordinationsfragen. Genauer gesagt drehte sich die Meinungsverschiedenheit um die Auslegung des Vorsorgereglements bezüglich der Leistungen für überlebende Ehepartner oder Ex-Ehepartner. Nicht berücksichtigt war im Reglement die Konstellation, in der die Ehepartner sich nach deren Pensionierung scheiden liessen, sowie die Tatsache, dass nach dem Tod des Ex-Ehegatten die AHV ihrerseits die Altersleistungen mit denjenigen der geschiedenen Witwe koordinieren musste. Kurzum, aus juristischer Sicht ein schwieriger Fall, der durch die Intervention der Ombudsstelle gelöst werden konnte und zu einem positiven Resultat für die Beschwerde führende Partei führte.

Privatversicherungsbereich – Beschwerden im Zusammenhang mit Erwerbsersatz-Versicherungen sind für die Versicherten besonders konfliktträchtig

Im Privatversicherungsbereich beschäftigten Me Subilia – analog zu den Vorjahren – hauptsächlich die Krankentaggeldversicherungen (59 Fälle) und die Lebensversicherungen (44 Fälle). Die wirtschaftliche Bedeutung dieser Versicherungen ist oft beträchtlich, da die Versicherungsleistungen in einem Schadenfall meistens die gesamten oder einen Grossteil des Einkommens der Versicherten ausmachen. Wenn Leistungen bei Erwerbsausfall oder Anspruch auf Altersleistungen oder eine Hinterbliebenenrente abgelehnt werden, geraten Versicherte mangels Einkommen oft in besondere Stresssituationen. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Leistungspflicht des Versicherers bejaht werden muss oder nicht. Beschwerden in diesem Bereich sind im Vergleich zu anderen Bereichen daher oft sehr konfliktreich. Trotzdem handelt es sich bei den Personenversicherungen nicht um denjenigen Bereich, in dem Interventionen am häufigsten angezeigt waren.

Bereich Einzel-Leben – Schwierige Vermittlungen mit Versicherten, welche nicht unsere neutralen Vermittlungsdienste, sondern eine einseitige Parteivertretung wünschen

Im Bereich Einzel-Leben führte nur eine Beschwerde aus der Westschweiz zu einer Intervention. Diese konnte erfolgreich beendet werden. Me Subilia stellt leider in diesem Bereich eine Tendenz fest, wonach er zusehends unter der ausdrücklichen Bedingung kontaktiert wird, dass seine Prüfung des ihm unterbreiteten Falles ausschliesslich im Sinne des Versicherten geschieht. Der Austausch mit den betreffenden Beschwerdeführenden war teilweise geprägt von einem scharfen Umgangston. Insbesondere wenn die Antwort nicht dem Erhofften entsprach, wurde die Unabhängigkeit von Me Subilia vehement in Frage gestellt. Me Subilia betont, dass das Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle Neutralität gegenüber beiden Parteien voraussetzt, damit er die ihm unterbreiteten Fälle unparteiisch – gegenüber den Beschwerdeführenden und den Versicherern – beurteilen kann.

Manchmal führen kleine Beträge und Fragen, die bei der Abwicklung von Versicherungsfällen eher nebensächlich erscheinen mögen, zu grossem Streit und grossem Aufwand

In einzelnen Versicherungsfällen, die Me Subilia unterbreitet wurden, ging es um Fragen, die für viele Versicherte normalerweise als belanglos bzw. nebensächlich erscheinen mögen. Im Nachhinein mag man sich deshalb vielleicht fragen, wie es überhaupt zu einer Meinungsverschiedenheit kommen konnte. Als Beispiel nennt Me Subilia einen Fall eines Ferienhaus-Vermieters, der eine Drittschadenversicherung für Mieterschäden in seinem Ferienhaus im Ausland abgeschlossen hatte. Konkret ging es um die Kosten von EUR 45.- für den Ersatz eines totalbeschädigten Sofas. Anlass zur Beanstandung gaben namentlich die abgelehnten Lieferkosten für das neue Sofa, für welches der Versicherer zuvor eine unbestrittene Neuwert-Entschädigung im Betrag von ca. EUR 1550.- (abzüglich des Selbstbehalts von EUR 200.-) zugesichert hatte.

Die Anrufung der Ombudsstelle hat keine Mindeststreitwertgrenze. Auch in diesem Fall wurde deshalb zur Klärung der offenen Rechtsfragen wie üblich vorgegangen: zunächst wurde ein vollständiges Dossier zusammengestellt und anschliessend der Versicherer kontaktiert, der seinerseits eine interne Untersuchung durchführte und eine Stellungnahme erarbeitete. Nach erfolgter Neubeurteilung des Falles erklärte sich der Versicherer bereit, die vom Beschwerdeführer geforderten Kosten im Rahmen von 45 Euro zu übernehmen.

Me Subilia möchte seinen Bericht mit einer positiven Note beenden und einen weiteren Fall erwähnen, bei welchem ein Versicherer den Forderungen der Beschwerde führenden Partei nachkam. Dies im konkreten Fall nicht deshalb, weil eine genaue Lektüre der AVB dies vorsah, sondern ganz im Gegenteil, weil diese zu ungenau formuliert waren, um Leistungen abzulehnen. Weit weg von der Legende des «Kleingedruckten», mit welcher sämtliche Leistungen abgelehnt werden, trug dieser Versicherer dazu bei, seiner Branche ein positives Image des Fair Play zu verleihen.

Weitere Aktivitäten

Im Frühjahr 2015 wurde ein Beitrag des Ombudsman in Band 10 der Schriftenreihe «Versicherungen in Wissenschaft und Praxis» zu aktuellen Problemen beim Vertragsabschluss veröffentlicht, die sich in der Praxis der Ombudsstelle als relevant erwiesen haben.

Zu versicherungsrechtlichen Fragen äusserte er sich auch im Rahmen seiner verschiedenen Medienkontakte (Radio und Print-Medien). Diese Medienkontakte leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Bekanntheit der Ombudsstelle und erleichtern damit den Zugang zu unserer für die Versicherten kostenlosen und neutralen Dienstleistung.

An zwei Meinungsaustauschen des Ombudsman mit der Finanzmarktaufsicht/FINMA wurden Themen besprochen, welche sowohl die Ombudsstelle als auch die Aufsichtsbehörde betreffen. Anlässlich eines Treffens des Ombudsman mit dem Leiter Rechtsdienst des Eidgenössischen Finanzdepartementes/EFD und dem Schweizerischen Bankenombudsman wurde die für die Botschaft des Bundesrats zum FIDLEG vorgesehene definitive Version Gesetzesartikel zu Ombudsstellen nochmals aus praktischer Sicht eingehend diskutiert.

Im Rahmen seiner internationalen Kontakte nahm der Ombudsman an der jährlichen Konferenz des «International Network of Financial Services Ombudsman Schemes» und zwei Mal als Beobachter an einem Meeting der FIN-NET (Financial Services complaint net) der Europäischen Union teil, wo er unsere Institution auch einmal als Referent vertrat. Anlässlich eines Meinungsaustausches mit einer erfahrenen Volljuristin (Referentin) der deutschen Versicherungsombudsstelle wurden wichtige Fragen im Zusammenhang mit der Vermittlung bei Beschwerden gegen Personen-Versicherer besprochen.

Im Berichtsjahr fanden zudem einige direkte Kontakte des Ombudsman mit der obersten Geschäftsleitung von Versicherungs-Gesellschaften und Treffen mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften statt. Diese periodisch stattfindenden Gespräche dienen der Klärung von grundsätzlichen Fragen sowie von Themen, die nicht das Tagesgeschäft betreffen.

Mutationen im Stiftungsrat

Im Berichtsjahr traten zwei Stiftungsratsmitglieder nach langjähriger Amtszeit aus dem Stiftungsrat zurück: im März 2015 nach 20-jähriger Amtszeit Herr Vize-Präsident Fulvio Caccia und im Dezember 2015 Herr Alfred Leu nach 9-jähriger Tätigkeit als Branchenvertreter des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV.

Beide zurückgetretenen Stiftungsratsmitglieder haben die Entwicklung der Stiftung «Ombudsman der Privatversicherung und der Suva» nachhaltig mitgeprägt und sich aktiv für die Belange der Ombudsstelle und deren Unabhängigkeit eingesetzt. Herrn Fulvio Caccia und Herrn Alfred Leu gebührt unser aufrichtiger Dank für ihre wertvolle Tätigkeit. Für ihre Zukunft begleiten sie unsere besten Wünsche.

Als Nachfolgerin von Herrn Fulvio Caccia wählte der Stiftungsrat im März 2015 Frau Alt-Nationalratspräsidentin Chiara Simoneschi-Cortesi neu in den Stiftungsrat. Gleichzeitig wurde Frau Stiftungsrätin Silva Semadeni zur Vize-Präsidentin des Stiftungsrats ernannt.

Per 1.01.2016 wählte der Stiftungsrat zudem Herrn Philippe Hebeisen als neuen Branchenvertreter des SVV in den Stiftungsrat.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Rolf Schweiger

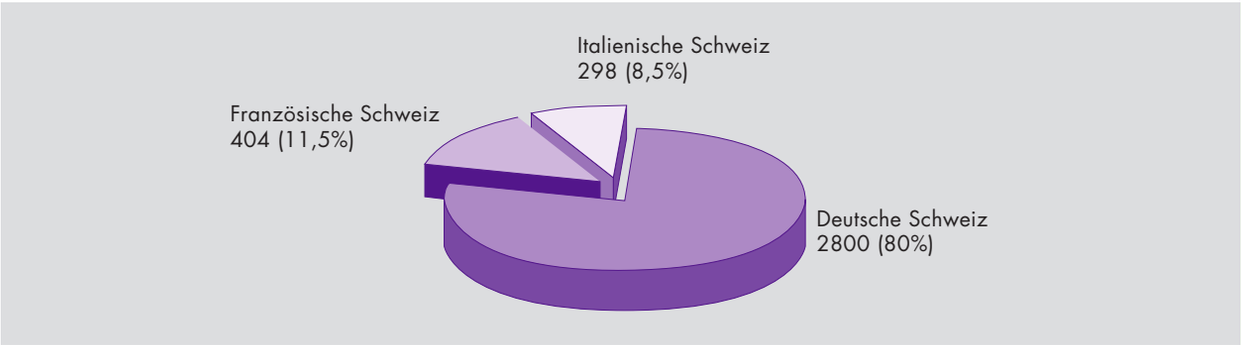
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

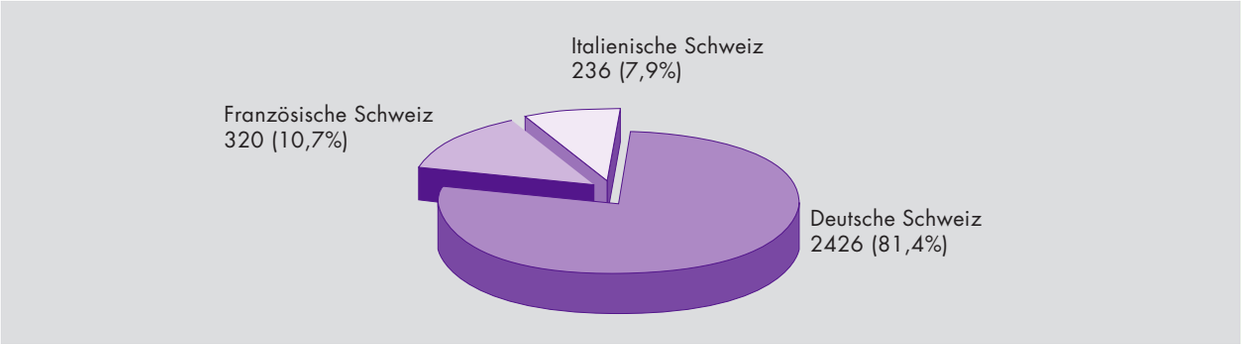
Zürich, März 2016

Statistiken 2015

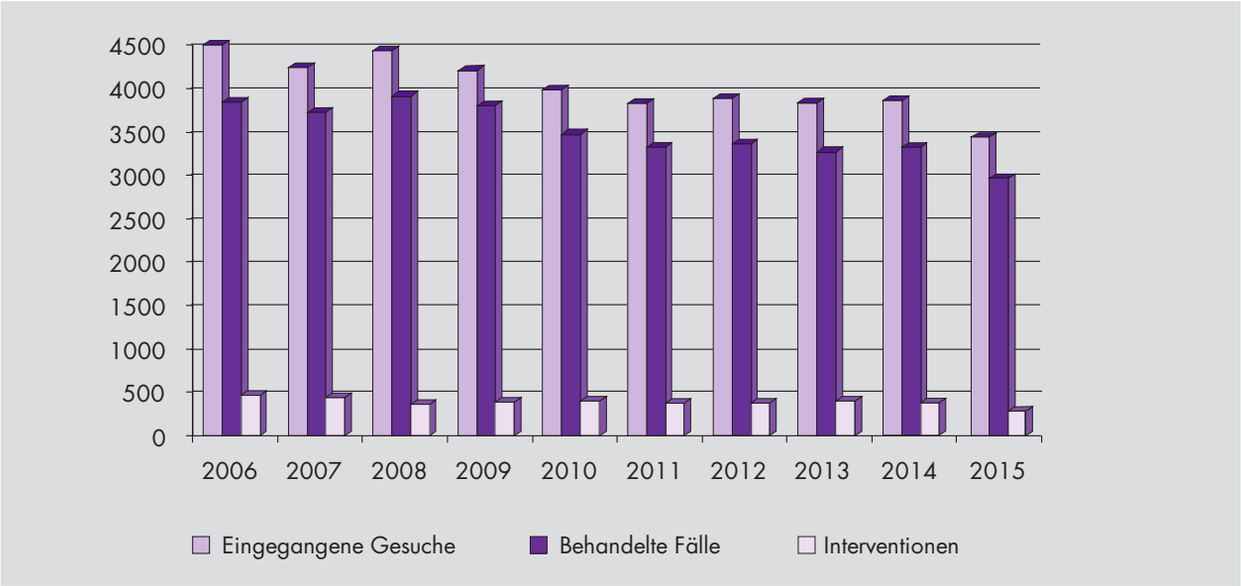
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2006 bis 2015



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2016)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG
AIG Europe
AIG Life
Alba (jetzt Helvetia)
Allianz Global Assistance (vormals Elvia Reisen und Mondial Assistance)
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Leben
Animalia
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista Rechtsschutz AG (vormals Assista TCS AG)
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
Branchen Versicherung Schweiz
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
DAS Rechtsschutz
Dextra Rechtsschutz AG
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
Elvia Reisen (jetzt Allianz Global Assistance)
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
Gan
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-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)
Helvetia Leben
Hotela (nur UVG inkl. UVG-Zusatzversicherung und Einzel-Unfallversicherung sowie Krankentaggeld-versicherung)
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Mannheimer
Militärversicherung SuvaCare
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Nationale Suisse Versicherungen (jetzt Helvetia)
Nationale Suisse Leben (jetzt Helvetia Lebens-versicherung)
Orion
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebens-versicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Skandia Vie SA
smile.direct versicherungen (vormals Coop)
Suva (inkl. Militärversicherung)
Swiss Life
Sympany
TCS Versicherungen AG (ausser TCS)
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 Company SE
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: 021 317 52 70
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