/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2017

45. Ausgabe

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 Militär versicherung andererseits in Versicherungs-Angelegenheiten, sowie aus Hypothekar-Darlehensverträgen für Wohneigentum zum Eigenbedarf. 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 31.12.2017)	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Versicherung, Pully Francis Matthey, a. Staatsrat und a. Nationalrat, La Chaux-de-Fonds RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root Chiara Simoneschi-Cortesi, a. Nationalratspräsidentin, Comano Daniela Schneeberger, Nationalrätin, Thürnen
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.I 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 2017 hat unsere Institution zwei Meilensteine erreicht:

1. Der Stiftungsrat der Stiftung „Ombudsman der Privatversicherung und der Suva" hat Ende November 2017 beschlossen, die Zuständigkeit der Ombudsstelle auszuweiten auf Meinungsverschiedenheiten aus Hypothekar-Verträgen für Wohneigentum zum Eigenbedarf.
2. Seit Dezember 2017 sind unserer Stiftung sämtliche Einzel-Lebensversicherer angeschlossen, die in der Schweiz Policen vertreiben.

Damit wurde auf freiwilliger Basis wichtigen Anliegen des Konsumentenschutzes Rechnung getragen. Dies war nur möglich, weil auch die Versicherungsbranche von der Wichtigkeit unserer Vermittlungstätigkeit überzeugt ist und deshalb auch im Einzelfall Bereitschaft zur Kooperation mit der Ombudsstelle zeigt.

Obschon die Selbstregulierung durch die Ombudsstelle im Versicherungsbereich seit ihrer Gründung im Jahr 1972 funktioniert, höre ich immer wieder Stimmen, welche die Ombudstelle gesetzlich verankern möchten. Wenn ich dann frage: «Warum? Das ist doch nicht nötig» bekomme ich meistens folgende Antworten: «Damit wird Rechtssicherheit für die Zukunft geschaffen», oder «Um die Legitimität der Ombudsstelle zu erhöhen». Wenn ich dann aber noch zusätzlich frage, was denn im Interesse der Ratsuchenden effektiv besser funktionieren soll, falls wir gesetzlich verankert werden, dann bleiben die Antworten aus.

Aufgrund meiner Erfahrungen als Ombudsman weiss ich, dass die freiwillige Verpflichtung zu einer kooperativen Zusammenarbeit gute Resultate für die Kunden liefert. Die Akzeptanz von Ombudsstellen hängt einerseits von den geschaffenen Strukturen ab, und andererseits davon, ob die zur Neutralität verpflichteten Ombudsstellen gute Arbeit leisten.

Nachdem unsere Ombudsstelle als älteste existierende Branchen-Ombudsstelle seit bald 50 Jahren gut funktioniert, gibt es vor dem Hintergrund der genannten neusten Entwicklungen auch keinen Grund, am weiteren Bestehen und Funktionieren unserer Institution zu zweifeln, falls wir nicht gesetzlich verankert werden.

Ich hoffe daher, dass unsere Ombudsstelle auch in Zukunft unabhängig und unbürokratisch vermitteln kann, und danke den Versicherten und den Versicherungs-Gesellschaften für das in unsere Institution gesetzte Vertrauen. Den Mitarbeitenden der Ombudsstelle danke ich für ihr Engagement im Interesse der Parteien, Meinungsverschiedenheiten gütlich zu lösen.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2017

Im Berichtsjahr 2017 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3479 auf 3370 gesunken (3,1%).

2991 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 379 Beschwerdefälle (Interventionsquote 24,6%) auf Basis der uns schriftlich unterbreiteten Anfragen. Davon konnten 96% vor Jahresende abgeschlossen werden. Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 66,2%. Der höchste Streitwert bei den Interventionsfällen betrug rund CHF 2 Mio und der tiefste strittige Betrag CHF 117.-.

Der Hauptschwerpunkt unserer Tätigkeit lag bei den Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von 54%. Wie bereits in den Vorjahren haben in der Krankentaggeld-Branche die Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden strittig war, weiterhin zugenommen. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht in Sicht.

Insgesamt waren die Probleme, mit denen sich die Ombudsstelle zu befassen hatte, sehr vielfältig. Erstmals hatten wir uns mit Haftpflicht- und Versicherungsproblemen im Zusammenhang mit der Benutzung von Drohnen zu befassen.

Vorformulierte Protokolle von einzelnen Versicherungsbrokern brachten zudem systematische Beratungs-Mängel bei der Vermittlung von Säule 3a-Vorsorgeversicherungen zu Tage.

In Bezug auf Reiseversicherungs-Fälle konnten wir uns insbesondere von der Bedeutung von Notrufzentralen bei ernsthaften Gesundheitsproblemen direkt vor Ort ein Bild verschaffen.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2017
Entwicklung der Fallzahlen 1
Anliegen und Beschwerden pro Branche 2
Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren 3
Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft 3
– Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung 3
– Aufgliederung nach Sprachregionen 3
Interventionsfälle 4
– Interventionsquoten 4
– Interventionen pro Branche/Bereich 5
– Erfolgsquote bei Interventionen 6

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften 7

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen
Der Bereich Privatversicherungen 8
– Der Leben-Bereich 8
– Der Nichtleben-Bereich 9
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung 14
Der Bereich berufliche Vorsorge 17

Die Zweigstellen
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 19
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 21

Weitere Aktivitäten 23

Erweiterung der Zuständigkeit der Ombudsstelle 24

Statistiken 2017
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 25
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 25
Tätigkeit 2007 bis 2017 25

Angeschlossene Gesellschaften 26

Übersicht über das Berichtsjahr 2017

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2017 wurden der Ombudsstelle 3804 (Vorjahr 3926) Anliegen und Beschwerden unterbreitet.

Anfragen total				3804	(3926)
Zuständigkeit				3370	(3479)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1831	(1844)		
	• davon schriftlich	1160	(1237)	2991	(3081)
Interventionen				379	(398)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Berichtsjahr von 3479 auf 3370 (3,1%) gesunken. Nach dem starken Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2016 um 16,6% lag diese Veränderung im Rahmen üblicher Schwankungen. Im 5-Jahresvergleich handelt es sich im Berichtsjahr um die zweithöchsten Fallzahlen seit dem Jahr 2013.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 447 auf 434 gesunken. Sie betreffen zu einem grossen Teil Krankenkassen-Angelegenheiten, für deren Bearbeitung die Ombudsstelle der Krankenversicherung zuständig ist, sowie Sozialversicherungen, kantonale Versicherungen sowie autonome BVG-Einrichtungen.

Die Zahl der Anfragen, welche Privatversicherer betrafen, welche unserer Stiftung bei Druck des Jahresberichts noch nicht angeschlossen waren, beträgt 35. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt rund 99% des Retailkunden-Geschäfts der Privatversicherer (ausgenommen Krankenkassen) ab.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	**2017**	A	B	C	D	2016
Autohaftpflicht	**277**	35	52	147	43	295
Arbeitslosigkeit	**1**			1		2
Diebstahl	**58**	3	3	49	3	70
Fahrzeugkasko	**107**	18	14	61	14	127
Feuer/Elementar	**28**	5	1	21	1	36
Gebäude/Glas	**66**	9	16	30	11	62
Haftpflicht	**227**	27	11	159	30	235
Hausrat	**98**	22	33	31	12	151
Handy	**85**	1		24	60	116
Kaution	**3**			2	1	0
Krankheit	**654**	91	67	372	124	621
Leben	**318**	130	25	100	63	298
Maschinen	**0**					0
Rechtsschutz	**293**	37	34	167	55	328
Reise	**225**	9	7	179	30	234
Schmuck	**1**				1	4
Tiere	**17**	2	7	7	1	12
Transport	**5**	1	1	3		3
Unfall privat	**33**	6	6	17	4	31
Wasser	**45**	4	2	33	6	36
Kreditgarantie	**16**	2	1	10	3	12
Garantie	**4**	1		2	1	1
UVG	**718**	15	12	504	187	709
BVG	**91**	19	3	40	29	96
Total						
	3370	**437**	**295**	**1959**	**679**	**3479**

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	**2017**	2016	2015	2014	2013
UVG	**718**	709	559	556	549
Krankheit	**654**	621	533	571	522
Leben	**318**	298	279	326	398
Rechtsschutz	**293**	328	283	304	239
Autohaftpflicht	**277**	295	234	263	294
Allgemeine Haftpflicht	**227**	235	207	257	276
Reiseversicherung	**225**	234	232	212	120

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2017 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	2056	(2105)
Frauen	1551	(1608)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	197	(213)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2017	2016	Differenz
Deutsche Schweiz	3046	3060	– 14
Französische Schweiz	433	492	– 59
Italienische Schweiz	325	374	– 49
Total	**3804**	**3926**	**– 122**

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2017	2016	Differenz
Deutsche Schweiz	2731	2763	– 32
Französische Schweiz	374	407	– 33
Italienische Schweiz	265	309	– 44
Total	**3370**	**3479**	**– 109**

Die Abnahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 3479 auf 3370 (3,1%) betraf sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich als auch die sprachregionalen Zweigstellen. In Zürich sind die Fallzahlen um 1,1% gesunken, in Lausanne um 8,1% und in Lugano um 14,2%.

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 398 auf 379 gesunken. Mehrfach-Interventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als eine Intervention erfasst.

	2017	2016	Differenz
Deutsche Schweiz	327	342	– 15
Französische Schweiz	40	50	– 10
Italienische Schweiz	12	6	+ 6
Total	**379***	**398***	**– 19**

*Davon waren Ende 2017 insgesamt 364 (96%) abgeschlossen.

Interventionsquoten (auf Basis der uns schriftlich unterbreiteten Anliegen)

Privatversicherung	24,73%	(23,17%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	26,35%	(28,99%)
Sammelstiftungen BVG	7,89%	(26,19%)

Wert des Vorjahres in Klammer

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 64 Fällen (16,08%) auf 69 (18,2%) zugenommen.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total
Autohaftpflicht	255	21	1			22
Arbeitslosigkeit	1					0
Hausrat	89	8	1			9
Handy	84	1				1
Diebstahl	45	10	3			13
Elementar	22	1				1
Feuer	2	3				3
Kasko	99	7	1			8
Gebäude	53	5	1			6
Glas	5	2				2
Garantie	4					0
Haftpflicht	209	14	4			18
Krankheit	590	46	12	6		64
Kaution	3					0
Kreditgarantie	13	3				3
Leben	277	32	8	1		41
Maschinen	0					0
Reise	169	47	9			56
Rechtsschutz	259	25	6	3		34
Schmuck	1					0
Transport	5					0
Tier	11	5			1	6
Unfall privat	30	2	1			3
Wasser	37	6	2			8
UVG	640	69	7	2		78
BVG	88	3				3
Insgesamt	**2991**	**310**	**56**	**12**	**1**	**379**

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2017 abgeschlossenen 364 (377) Interventionen war in 241 (254) Fällen positiv und in 113 (108) Fällen negativ. In 10 (15) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst.

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit 66,2% (67,4%).

Als positiv wird eine Intervention jeweils dann erfasst, wenn die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer (=Intervention) zu einer Verbesserung der bisherigen Situation der Beschwerde führenden Partei geführt hat.

Als neutral wird das Ergebnis einer Intervention immer dann erfasst, wenn eine Intervention einzig Informationsfragen betraf, wenn wir unsere Tätigkeit aufgrund des Beizugs eines Anwalts durch die Beschwerde führende Partei vorzeitig beenden mussten, oder wenn sich eine direkt erfolgte positive Antwort eines Versicherers an die Beschwerde führende Partei mit einer Intervention kreuzt und die Intervention aufgrund daher gegenstandslos wird.

Als negativ wird eine Intervention dann erfasst, wenn damit die Situation der Beschwerde führenden Partei nicht verbessert werden konnte.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

Die Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften funktionierte wie bis anhin in den meisten Fällen gut bis sehr gut. Den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Ombudsman – meist handelt es sich bei diesen um Direktions- oder Geschäftsleitungsmitglieder der Versicherer – gebührt unser Dank dafür. Sie haben konsequent für eine seriöse Prüfung der Interventionsfälle gesorgt.

Die Zusammenarbeit mit den Versicherern dürfte massgeblich auch deshalb gut funktionieren, weil die Selbstregulierung der Versicherungsbranche durch die Ombudsstelle auf freiwilliger Basis erfolgt, und weil die Geschäftsleitungen der meisten Versicherer die Institution der Ombudsstelle als wichtig erachten. Das hat direkte spürbare Auswirkungen auf die Bearbeitung der Interventionsfälle. Die Bereitschaft zu entgegenkommenden gütlichen Lösungen war daher bei einem Grossteil der Versicherer vorhanden, sofern dies im Einzelfall die anwendbaren Gesetzes- und Vertragsbestimmungen rechtfertigten.

Stellungnahmen, die allzu routinemässig bzw. schematisch abgegeben wurden, gab es nur in Einzelfällen. Diese führten jeweils zu einer erneuten Intervention.

Die Bearbeitungsdauer der Interventionsfälle gab bei den meisten Versicherern zu keinen Beanstandungen durch den Ombudsman Anlass. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug ein bis vier Wochen. Dies trug wesentlich dazu bei, dass rund 96% aller Interventionsfälle des Jahres 2017 noch im Berichtsjahr abgeschlossen werden konnten. Wie in den Vorjahren dauerte die Bearbeitung von Interventionsfällen lediglich bei ein paar wenigen Versicherern auch dann regelmässig mehr als vier Wochen, wenn keine Sachverhaltsabklärungen (durch Ärzte oder Schadenexperten etc.) mehr nötig waren.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2017 (von 298 auf 318) zwar leicht angestiegen. Daraus kann jedoch nach Einschätzung des Ombudsman nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, die Probleme mit Lebensversicherern hätten zugenommen. Anlass zu einer Intervention gaben 41 Fälle (38). Diese waren zu 75% erfolgreich und führten damit grösstenteils zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei.

Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen vor allem die Säule 3a, die Rückkaufswerte von vorzeitig aufgelösten Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil sowie strittige Erwerbsunfähigkeitsleistungen.

Im Vergleich zu früheren Jahren haben insbesondere Beschwerdefälle zugenommen, welche Leibrentenversicherungen betrafen, die auf zwei Leben (z.B. eines Ehepaars) abgeschlossen wurden.

Aufschlussreiche Beratungsprotokolle einzelner Versicherungsbroker – Fehlende Beratung über die Voraussetzungen für Beiträge (= Prämienzahlungen) in die Säule 3a

Verschiedentlich stellten wir bei der Prüfung von Beschwerdefällen gegen Versicherer fest, dass die von einem unabhängigen Versicherungsvermittler (= Versicherungsbroker) durchgeführte Beratung beim Abschluss von Säule 3a-Policen mangelhaft war. Den Beleg dafür lieferten die in Form einer Checkliste vorformulierten Protokolle dieser Versicherungsbroker, auf denen von beiden Parteien mittels Ankreuzen eines leeren Kästchens unter anderem bestätigt wurde, welche Themen die durchgeführte Beratung umfasste. Checklistenartig vorformulierte Protokolle dienen den Versicherungsvermittlern einerseits dazu, dass beim Vertragsabschluss über sämtliche wichtigen Punkte der Versicherung informiert wird. Andererseits sollen diese Protokolle bei einem künftigen Streitfall aber auch belegen, dass die nötige Beratung beim Vertragsabschluss effektiv stattfand.

Verschiedene Beratungsprotokolle waren wenig aussagekräftig. So wurde weder aufgeführt, welches die Beitragsvoraussetzungen für die bei Versicherungsverträgen jährlich zu tätigenden Einzahlungen in die Säule 3a sind, nämlich ein AHV-pflichtiges Erwerbs- oder Erwerbsersatz-Einkommen, noch dass diese Beitragsvoraussetzungen während der gesamten Vertragsdauer vorhanden sein müssen. In diesen Fällen musste die Ombudsstelle davon ausgehen, dass die Informationspflichten im Zusammenhang mit Säule 3a-Policen nicht eingehalten worden sind (vgl. dazu den ausführlichen Beitrag zu dieser Thematik im Jahresbericht 2015, Seiten 9 bis10).

Empfehlung an die Lebensversicherer

Im Hinblick auf eine Optimierung der Beratung beim Vertragsabschluss empfiehlt der Ombudsman den Lebensversicherern aufgrund der gemachten Erfahrungen, auch die Versicherungsanträge, die über unabhängige Versicherungsvermittler abgeschlossen werden, vor Genehmigung derselben dahingehend zu prüfen, ob die Informationspflicht bezüglich der Beitragsvoraussetzungen für die Zahlungen in die Säule 3a eingehalten worden sind.

Da die erhaltenen Beschwerden wegen mangelhafter Beratung beim Abschluss von Säule 3a-Policen relativ häufig junge Erwachsene betrafen, empfiehlt der Ombudsman den Lebensversicherern folgendes: Säule 3a-Policen sollten mit Personen, die jünger als 25 Jahre alt sind, nur unter der Bedingung abgeschlossen werden, dass diese zusätzlich auch über ihre Zukunftsabsichten (z.B. laufende oder vorgesehene Ausbildungen, Auslandaufenthalte und anderweitige Unterbrüche in der beruflichen Tätigkeit) befragt worden sind. Die entsprechende Beratung sollte dokumentiert sein.

Der Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

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

Motorfahrzeug-Kaskoversicherung – Die Kalkulation der versicherten Reparaturkosten hängt (ohne anderslautende vertragliche Vereinbarung) nicht davon ab, ob das beschädigte Auto repariert wird oder nicht

In der Kollisionskasko-Versicherung hatten wir uns verschiedentlich mit der Frage zu befassen, ob bei Verzicht auf Durchführung einer Fahrzeug-Reparatur eine tiefere Entschädigung geleistet werden darf, als wenn das Fahrzeug repariert wird.

In einem dieser Fälle beanstandete ein Fahrzeugbesitzer, in der Entschädigungs-Offerte (auf Auszahlungs- anstatt auf Reparatur-Basis) werde bei der Berechnung der Reparaturkosten nur von einem Stundenansatz des Garagisten von CHF 120.- ausgegangen, während der Reparaturvariante ein solcher von CHF 153.- zugrunde gelegt wird. Er forderte diesen Ansatz auch für die Auszahlungsvariante.

Da die Ombudsstelle die Position des Beschwerdeführers nachvollziehen konnte, wurde sie beim Versicherer vorstellig. Wir teilten diesem mit, dass er bei der Auszahlung den MWST-Anteil der Reparaturkosten in Abzug bringen dürfe, weil die MWST nur anfällt, wenn die Reparatur durchgeführt wird. Erfahrungsgemäss müssten wir davon ausgehen, dass der Versicherer nebst dem MWST-Anteil wahrscheinlich auch Sozialabzüge auf dem Lohnanteil der Garagenmitarbeitenden sowie den Abzug eines hypothetischen Unternehmergewinns des Garagisten vornehmen möchte. Ein «Unternehmergewinn» des Garagisten könne zwar ebenfalls nur bei Durchführung der Reparatur anfallen. Dennoch betrachte es die Ombudsstelle in rechtlicher Hinsicht als problematisch, wenn der Versicherer in seiner Entschädigungs-Offerte einen hypothetischen Unternehmergewinn und Sozialbeiträge auf Lohnanteile der Garagen-Angestellten in Abzug bringe. Bei einer Schadenversicherung sei der Schaden genau gleich gross, ob er nun repariert werde oder nicht. Dementsprechend stehe auch in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB kurz und prägnant, dass die Gesellschaft Leistungen für die schadenbedingte Reparatur erbringe. Die Vertragsunterlagen würden zudem keine Klausel beinhalten, welcher sich entnehmen liesse, dass ein Kasko-Versicherter gegenüber seiner eigenen Kasko-Versicherung schlechter gestellt werde als ein geschädigter Dritter mit direktem Forderungsrecht gegen den Versicherer. Im Motorfahrzeug-Haftpflichtrecht sei die Erhebung des Unternehmergewinns, der Arbeitskosten, des Gewinns aus dem Handel der benötigten Einzelteile etc. unseres Erachtens Bestandteil der gesetzlich geregelten Schadenersatz-Forderung des Geschädigten. Dieser habe Anspruch auf Ersatz seiner durch den Schaden erlittenen Vermögenseinbusse.

Wir schlugen dem Versicherer daher vor, dem Versicherten auch bei Verzicht auf die Durchführung der Reparatur einen Stundenansatz von CHF 153.- zu vergüten. Der Versicherer folgte dem Vorschlag des Ombudsman, womit der Fall gütlich geregelt werden konnte.

Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung – Wenn eine alte, aber noch funktionstüchtige Sache beschädigt wird, darf der gegnerische Haftpflichtversicherer den Schadenersatz nicht mit der Begründung ablehnen, die Sache sei gemäss Lebensdauertabelle bereits vor Schadeneintritt amortisiert gewesen

In der Motorfahrzeug-Haftpflichtbranche wenden

sich gelegentlich unzufriedene Geschädigte an uns, denen durch einen Motorfahrzeug-Lenker eine voll funktionsfähige Sache beschädigt wurde, deren durchschnittliche Lebensdauer im Schadenzeitpunkt aber bereits abgelaufen war.

In einem dieser Beschwerdefälle fuhr ein Motorfahrzeug-Lenker in einen Gartenzaun. Der Zaun musste in der Folge repariert und teilweise ersetzt werden. Die geschädigte Grundstückbesitzerin reichte dem Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer des Schadenverursachers deshalb eine Reparatur-Offerte ein. Dieser lehnte jedoch jegliche Schadenersatzleistung ab. Zur Begründung machte er geltend, der 41 Jahre alte Metallzaun sei gemäss Lebensdauertabelle bereits nach 25 Jahren amortisiert gewesen.

Damit war die Geschädigte nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. In unserer Intervention teilten wir dem Versicherer mit, dass seine Position auf die Entschädigung von Mieterschäden zugeschnitten sei. (Bei Mietverhältnissen ist die Amortisation per Ablauf der Lebensdauer der einzelnen Gegenstände über den Mietzins bereits bezahlt). Um einen solchen Fall handle es sich beim beschädigten Zaun indessen nicht. Tabellen mit schematischen Annahmen hätten zudem den Zweck, die Erledigung von häufig auftretenden Schäden zu vereinfachen, damit der Schaden nicht konkret im Einzelfall ermittelt werden müsse. Auch um einen solchen Standardfall handle es sich hier nicht.

Auch im konkreten Fall seien die allgemeinen Grundsätze der Schadenersatzberechnung anzuwenden, welcher auf Zeitwertbasis zu berechnen ist. Der Schaden bestehe in der schadenbedingten Verminderung des Vermögens der Geschädigten. Dieses müsse wieder auf den Stand gesetzt werden, welches es ohne die verursachte Kollision durch das Auto hätte. Bei der Ersatzleistung müsse zudem ein allfälliger Minder- bzw. Mehrwert berücksichtigt werden.

Basierend auf der Reparatur-Offerte wies die Ombudsstelle zudem darauf hin, dass der Zaun nur auf einem kurzen Teilstück eingedrückt war. Dies sei in der Reparatur-Offerte entsprechend durch den Ersatz von ein paar wenigen Metall-Latten berücksichtigt. Ein Mehrwert durch die vorgesehene Reparatur sei nach bisheriger Einschätzung der Ombudsstelle daher nicht ersichtlich. Ein reparierter Zaun bedeute jedoch letztlich ein Flickwerk, bei welchem es kaum realistisch sei, für die reparierten Stellen einen Mehrwert zu berechnen. Nach Auffassung der Ombudsstelle habe die Geschädigte deshalb Anspruch auf die Übernahme der Reparaturkosten des Zaunes.

Die Gesellschaft kam in der Folge weitgehend entgegen. Sie akzeptierte das Argument, dass der beschädigte 41-jährige Zaun ohne das schädigende Ereignis vom Juli 2017 seinen Zweck noch erfüllen würde, obschon Metallzäune eine durchschnittliche Lebensdauer von 25 Jahren hätten. Sie machte jedoch geltend, dass durch die beabsichtigte Reparatur ein Mehrwert entstehe, weshalb sie bereit sei, pauschal CHF 3'000.- für die Reparaturarbeiten im Umfang der von ihr selbst eingeholten weiteren Reparatur-Offerte im Gesamtbetrag von ca. CHF 3'850.- zur Verfügung zu stellen. Das Argument des Versicherers, dass mit der Reparatur, welche nebst allen anderen Arbeiten auch die Behandlung/Grundierung rostiger Stellen sowie einen Neuanstrich des ganzen Zaunabschnitts vorsah, ein Mehrwert geschaffen werde, konnte die Ombudsstelle nicht weiter beanstanden.

Nachdem wir der Beschwerdeführerin dargelegt hatten, dass ein Mehrwert durch eine wertsteigernde Reparatur («neu für alt») von der geschädigten Eigentümerin zu tragen ist, weil sonst eine in haftpflichtrechtlicher Hinsicht unzulässige Bereicherung durch sie als Geschädigte stattfinden würde, stimmte diese dem unterbreiteten Vergleich zu.

Allgemeine Haftpflicht – Das Ausleihen einer Drohne an andere Personen birgt Risiken

In der Branche Privathaftplicht hatten wir uns erstmals mit der Haftpflicht im Zusammenhang mit der Benutzung einer Drohne zu befassen. Hierbei ging es nicht um einen Schaden, der mit der Drohne Dritten zugefügt wurde, wofür der Halter der Drohne ab einem Drohnengewicht von 0,5 kg gemäss Art. 20 Abs. 2 lit. d VLK (Verordnung des UVEK über Luftfahrzeuge besonderer Kategorien) obligatorisch eine Haftpflicht-Versicherung mit einer Versicherungssumme von CHF 1 Mio. abschliessen muss. Vielmehr handelte es sich um den Schaden des Drohnen-Besitzers infolge Absturzes seiner zur Benutzung ausgeliehenen Drohne.

Im konkreten Fall überliess ein Drohnenbesitzer einem Bekannten seine Profidrohne im Wert von ca. CHF 36'000.- für ein paar Übungsflüge in der Umgebung eines Sees. Dabei stürzte die Drohne ab, weil der Benutzer der Drohne versehentlich das GPS ausgeschaltet hatte und die Drohne im Manual-Modus in der Folge nicht mehr halten konnte. Der dadurch geschädigte Drohnenbesitzer befand sich im Schadenzeitpunkt kurzzeitig nicht beim Benutzer der Drohne.

Die Haftpflichtversicherung des Benutzers anerkannte in der Folge zwar die Versicherungsdeckung, machte bei der Entschädigung der Reparaturkosten im Betrag von CHF 8'127.- gegenüber dem Drohnenbesitzer jedoch einen Abzug von einem Drittel wegen Mitverschuldens geltend. Der privathaftpflichtversicherte Schadenverursacher war damit jedoch nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Nach Prüfung des Falles mussten wir dem Beschwerdeführer mitteilen, dass die Ombudsstelle die entsprechende Position des Versicherers nicht beanstanden kann. Aufgrund der eingereichten Akten müsse davon ausgegangen werden, dass der Benutzer keine genügenden Kenntnisse in der Handhabung des fraglichen Drohnentyps hatte. Er verfügte insbesondere über mangelnde Kenntnisse der Fernbedienung und war offenbar nicht in der Lage, die entsprechende Profidrohne alleine zu führen. Gerade bei Fluggeräten könnten Fehlmanipulationen dramatische Folgen haben, da sie schnell zum Absturz des Geräts führen und dabei die Umwelt gefährden oder selber zerstört werden können. Wir gelangten deshalb zur Auffassung, dass der geschädigte Drohnenbesitzer beim Testflug mit dem teuren Fluggerät unbedingt hätte anwesend sein müssen, damit er nötigenfalls jederzeit hätte eingreifen können. Durch sein kurzes Entfernen bestand nach Auffassung der Ombudsstelle die naheliegende Gefahr, dass er im Falle eines Zwischenfalls oder eines Defekts am Gerät nicht eingreifen konnte. Der Umstand, dass er dem unerfahrenen Benutzer seine wertvolle Drohne ohne Beaufsichtigung überliess, musste deshalb auch nach Auffassung des Ombudsman klar als Mitverschulden taxiert werden. Die Höhe des Abzugs von einem Drittel infolge Mitverschuldens konnte aufgrund der Umstände des Falles nicht kritisiert werden. Mangels stichhaltiger Gründe für eine erfolgversprechende Intervention beim Versicherer mussten wir den Fall daher abschliessen.

Empfehlungen an Drohnenbesitzer

1. *Erkundigen Sie sich bei Ihrem Haftpflicht-Versicherer, ob und in welchem Umfang Schäden durch Ihre Drohne gegenüber Dritten gedeckt sind, und erweitern Sie nötigenfalls den bestehenden Versicherungsschutz. Vergessen Sie nicht, beim Benutzen der Drohne den Haftpflichtversicherungsnachweis mitzuführen; dazu sind Sie gemäss Art. 20 Abs. 3 VLK gesetzlich verpflichtet.*

2. *Überlassen Sie Ihre Drohne unerfahrenen Dritten nicht zuletzt auch aus Sicherheitsgründen nur unter Ihrer eigenen Anwesenheit und nach sorgfältiger Instruktion zur Benutzung. Klären Sie vorgängig ab, ob die betreffende Person für allfällige Schäden aus der Benutzung der Drohne über eine genügende Haftpflicht-Deckung verfügt.*

Krankentaggeld – Streitigkeiten im Zusammenhang mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten nehmen weiterhin zu

In der Branche Krankentaggeld haben die Fallzahlen im Vorjahresvergleich erneut zugenommen (von 621 auf 654). Der Trend der Vorjahre von zunehmenden Fällen, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden strittig war, dauert somit weiter an. Ein Ende dieser Entwicklung zeichnet sich nach Einschätzung der Ombudsstelle zur Zeit nicht ab.

Zunehmende Beschwerdefälle gegen Sanktionen durch den Versicherer wegen verspäteter Anmeldung von Krankentaggeld-Fällen

Verschiedene Beschwerden von Krankentaggeld-Versicherten bezogen sich auf Leistungskürzungen durch den Krankentaggeld-Versicherer wegen verspäteter Anmeldung eines Krankheitsfalls. In einem dieser Fälle erlitt eine Versicherte Mitte Juli 2016 im Rahmen einer ruckartigen Zugbewegung beim Beladen eines Lastwagens mit schweren Paletten eine Schulterverletzung. In der Annahme, es handle sich um einen Unfall im Rechtssinn, meldete sie den Fall Ihrem UVG-Versicherer an. Dieser lehnte seine Leistungspflicht jedoch Ende September 2016 mittels Verfügung ab. Diese Verfügung wurde angefochten, aber im Einsprache-Verfahren bestätigt. Nach Eintritt der Rechtskraft des Einsprache-Entscheids des UVG-Versicherers im Dezember 2016 meldete die Betroffene den Fall auch ihrem Krankentaggeld-Versicherer an.

Dieser anerkannte zwar seine Leistungspflicht. Dies allerdings erst ab dem Zeitpunkt der Anmeldung des Krankheitsfalls im Dezember 2016. Zur Begründung verwies der Versicherer auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB, welche vorsehen, dass eine Arbeitsunfähigkeit innert 30 Tagen nach Eintritt, in jedem Fall aber spätestens 5 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist (vorliegend 30 Tage) anzumelden ist. Sofern die Meldung mehr als 3 Monate nach Ende der Wartefrist eintrifft, ist der Krankentaggeld-Versicherer zudem berechtigt, die Leistungen erst ab dem Zeitpunkt der Meldung und unter Anrechnung der bisherigen Arbeitsunfähigkeit an die Leistungsdauer zu gewähren.

Obschon die Position des Versicherers im Einklang mit den Versicherungsbedingungen stand, intervenierte die Ombudsstelle beim Versicherer. Wir teilten diesem mit, dass solche Vertrags-Klauseln ihre Berechtigung haben, weil der Versicherer ein Interesse daran hat, die Umstände des Falles möglichst zeitnah zu klären und sich vor ungerechtfertigten Ansprüchen zu schützen. Vorliegend sei die versicherte Person jedoch nicht untätig geblieben. Sie habe sich lediglich an den falschen Versicherungsträger gewandt. Für Rechtsunkundige sei die Beurteilung, ob ein Unfallgeschehen gegeben ist, insofern schwierig, als sich der rechtliche Unfallbegriff mit dem umgangsprachlichen nicht deckt. Wenn der UVG-Versicherer im Rahmen des UVG-Verfahrens zu Leistungen verpflichtet worden wäre, wäre der Krankentaggeldversicherer nicht leistungspflichtig geworden. Insofern sei das Vorgehen der Versicherten auch im Interesse des Krankentaggeldversicherers gewesen.

Unter den gegebenen Umständen vertrat die Ombudsstelle die Auffassung, dass die Versicherte die Anmeldung des Falles beim Krankentaggeld-Versicherer spätestens nach Erhalt der ablehnenden Verfügung des UVG-Versicherers hätte vornehmen müssen. Wir empfahlen dem Versicherer deshalb, die Leistungsablehnung nur auf die Dauer des Zeitraums zu begrenzen, welche zwischen dem Erhalt der UVG-Verfügung und dem Erhalt des UVG-Einsprache-Entscheids verstrich. Der Versicherer akzeptierte diesen Vorschlag.

Empfehlung an Arbeitgeber und Krankentaggeld-Versicherte

Wenn ein vermeintlicher Unfall vom UVG-Versicherer abgelehnt wird, sollte der Fall ***unverzüglich*** *und auch dann vorsorglich*

dem Krankentaggeld-Versicherer angemeldet werden, wenn der UVG-Entscheid angefochten wird. Ansonsten muss mit Sanktionen des Krankentaggeld-Versicherers wegen verspäteter Anmeldung des Falles gerechnet werden.

Reiseversicherungs-Branche

In der Branche Reiseversicherungen ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Berichtsjahr leicht zurückgegangen (von 234 auf 225).

Verschiedene Anfragen betrafen Leistungsablehnungen durch den Reiseversicherer nach selbst organisierten Repatriierungen aus dem Ausland aus gesundheitlichen Gründen, weil die Notruf- bzw. Alarmzentrale des Reiseversicherers nicht kontaktiert wurde.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB der Reiseversicherer sehen jeweils vor, dass keine Leistungspflicht besteht, wenn eine Repatriierung nicht über die Notruf- bzw. Alarmzentrale organisiert worden ist.

In ein paar Fällen liessen sich Betroffene nach ihrer Rückkehr in die Schweiz eine Bestätigung durch ihren behandelnden Arzt ausstellen, wonach die medizinische Versorgung an der Reisedestination nicht gewährleistet gewesen wäre, oder eine Behandlung in der Schweiz dringend angezeigt gewesen sei, weil die adäquate Behandlung Kenntnis der Krankengeschichte voraussetze. Wenn diese ärztlichen Bestätigungen gut und nachvollziehbar begründet waren, intervenierte die Ombudsstelle beim Versicherer. Dabei wurde im Hinblick auf eine lösungsorientierte Fallerledigung die Frage zur Diskussion gestellt, ob nicht gleich hohe Kosten angefallen wären, wenn die Notrufzentrale angerufen und deren Anweisungen befolgt worden wären.

Ein involvierter Reiseversicherer nahm dies zum Anlass, die Ombudsstelle zu einem Treffen mit der Medicall AG einzuladen. Diese organisiert und führt im Auftrag einiger Versicherer unter anderem Personen-Assistance-Leistungen für die Versicherten durch. Zu diesem Zweck nimmt sie auch die Anrufe der Versicherten über die Notrufnummern der beteiligten Versicherer direkt entgegen. Eine Delegation der Ombudsstelle konnte beim Besuch der Medicall AG direkt vor Ort Einblick in deren Arbeit nehmen. In diesem Zusammenhang konnten wir insbesondere auch beobachten, wie die Prozesse bei der Erbringung der Personen-Assistance-Leistungen ablaufen. Die Medicall AG bietet medizinische Abklärungen (inklusive Gespräche von Arzt zu Arzt) sowie telefonische Beratungen von Patienten an. Sie verfügt hierfür über einen auf Reise- und Flugmedizin spezialisierten ärztlichen Dienst. Über ihr Netzwerk wird zudem im Bedarfsfall geklärt, ob und gegebenenfalls wo das nächste Spital liegt, in welchem die medizinische Versorgung auf vergleichbarem Niveau wie in der Schweiz erfolgt. Ist eine Repatriierung nötig, wird diese teilweise direkt durch Ärzte der Medicall AG durchgeführt.

Empfehlung an die Reise-Versicherten

Es lohnt sich sowohl aus medizinischer als auch aus versicherungsrechtlicher Sicht, bei ernsthaften Gesundheitsproblemen die Notrufzentrale des Versicherers anzurufen. Dies gilt nicht nur im Falle von beabsichtigten Repatriierungen, sondern auch dann, wenn vor der Abreise oder während der Reise im Ausland Unklarheit darüber besteht, ob und gegebenenfalls wo im Bedarfsfall eine adäquate medizinische Behandlung durchgeführt werden kann.

Der Ombudsman empfiehlt daher, vor der Abreise sicherzustellen, dass die Telefonnummer der Notrufzentrale des Reiseversicherers während der Reise mitgeführt wird. (Die Notrufnummer der Krankenkasse ist jeweils auf der Rückseite des Krankenkassenausweises aufgeführt).

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 718 und damit 1,2% mehr Anfragen als im Vorjahr (709) an die Ombudsstelle gerichtet. 620 (590) Fälle entfielen auf die deutsche, 65 (78) auf die französische und 33 (41) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 86,4% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 13,6%.

Beschwerdegrund		Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A	Unterstellungspflicht	5	(6)	0	(1)	1	(2)
	Vertragsabschluss	8	(8)	0	(0)	1	(1)
	Total	13	(14)	0	(1)	2	(3)
B	Prämien	10	(9)	1	(0)	1	(0)
	Total	10	(9)	1	(0)	1	(0)
C	Heilbehandlung	76	(86)	12	(18)	2	(6)
	Hilfsmittel	7	(7)	0	(0)	1	(0)
	Taggeld	64	(52)	8	(13)	6	(11)
	Invaliden-Rente	0	(12)	0	(0)	3	(3)
	Integritätsentschädigung	2	(7)	1	(2)	0	(0)
	Kausalität	177	(150)	9	(10)	5	(3)
	Unfallbegriff	108	(70)	12	(7)	5	(1)
	Leistungskürzung/-ablehnungen	4	(3)	1	(1)	0	(0)
	Regress	1	(5)	0	(0)	0	(0)
	Total	439	(392)	43	(51)	22	(24)
D	Unfallverhütung	2	(2)	1	(0)	0	(0)
	Allg. Informationen/Verfahren	146	(158)	20	(25)	5	(11)
	Anwalt/Fachperson	10	(15)	0	(1)	3	(3)
	Total	158	(175)	21	(26)	8	(14)
Total		**620**	**(590)**	**65**	**(78)**	**33**	**(41)**

Wert des Vorjahres in Klammer

640 der insgesamt 718 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 78 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 45 (59,2%) der 76 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 28 (36,8%) Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 3 (4%) Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

In einigen uns unterbreiteten Einzelfällen wurde das Vorliegen der Voraussetzungen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung ohne nähere Begründung pauschal verneint

Da eine Auseinandersetzung mit dem konkreten Fall bezüglich der einzelnen Merkmale der Rechtsbegriffe (teilweise) vollständig fehlte, waren die Entscheide für die betroffene Person jeweils nicht nachvollziehbar. Im Rahmen von Interventionen konnten wir verschiedentlich eine Klarstellung oder eine Korrektur des Entscheids infolge vertiefter Prüfung durch den UVG-Versicherer erreichen.

Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung in Art. 6 Abs. 2 UVG

Gemäss dem per 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Art. 6 Abs. 2 UVG muss der UVG-Versicherer bei Vorliegen einer Listendiagnose, auch wenn die Merkmale des Unfallbegriffs nicht erfüllt sind, für die Heilbehandlung aufkommen, sofern die Körperschädigung nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Da eine Listendiagnose zur Vermutung führt, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, bewirkt die Bestimmung eine Beweislastumkehr zu Lasten des Unfallversicherers. Dieser kann sich aus der Leistungspflicht nur befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist. Eine äussere Einwirkung ist gemäss dem neuem Recht als Begriffsmerkmal bezüglich der Frage der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG zwar nicht mehr gefragt. Dennoch können die Umstände des Eintritts einer Gesundheitsschädigung bzw. die Frage, ob eine äussere Einwirkung auf den Körper stattfand, nach unseren Erfahrungen relevante Informationen dazu liefern, ob ein Ereignis vorwiegend degenerativer Natur oder krankheitsbedingt war. Das Kriterium der äusseren Einwirkung ist somit auch unter dem neuen Recht nicht gänzlich bedeutungslos geworden.

Betreffend den Ursachenanteil (im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG) existiert unseres Wissens zwar noch kein Urteil des Bundesgerichts. Am überwiegenden Charakter (einer Abnützung oder Erkrankung) dürfen nach Auffassung des Ombudsman jedoch keine vernünftigen Zweifel bestehen, wenn der Versicherer seine Leistungspflicht bei einer Listendiagnose ablehnt.

Vereinzelte Probleme in der Anwendung der neuen Gesetzesregelung

Vereinzelt sind uns Ablehnungsschreiben von Unfallversichern vorgelegt worden, welche keine Auseinandersetzung mit der Frage beinhalteten, ob eine unfallähnliche Körperschädigung (nach altem oder neuem Recht) vorliege, obschon sich dies aufgedrängt hätte. Wo die Frage geprüft wurde, stellten wir vor allem in den ersten Monaten des Jahres Umsetzungsprobleme im Zusammenhang der neuen Regelung in Art. 6 Abs. 2 UVG fest. Die Fragestellung an die Ärzte war teilweise noch nicht angepasst worden bzw. orientierte sich noch am alten Recht, was zu fehlerhaften oder unzureichenden Stellungnahmen führte.

Zunehmende Anzahl von UVG-Fällen, in denen die Leistungen auf einen Zeitpunkt kurz vor Durchführung einer nötigen Operation eingestellt werden

Wir beobachteten in diesem Jahr eine Zunahme der Fälle, in welchen der Unfallversicherer zunächst die Leistungspflicht bejahte, als dann aber eine kostspieligere Behandlung (z.B. eine Operation) anstand, nach ergänzenden Abklärungen die weitere Leistungspflicht mit der Begründung verneinte, sie seien nicht mehr kausal.

Die Ombudsstelle kann zwar nachvollziehen, dass ein Unfallversicherer, sofern ein Anspruch als plausibel erscheint und geringfügige Leistungen im Raum stehen, zur Vermeidung von unnötigen Kosten auf nähere Abklärungen verzichtet. Dieses Vorgehen hat aber in der Regel (sofern sich nicht nachträglich herausstellt, dass die Merkmale eines Unfalls oder einer

unfallähnlichen Körperschädigung gar nicht vorliegen) eine Beweislastumkehr zur Folge. Konkret darf der Unfallversicherer seine Leistungen erst einstellen, wenn die noch bestehenden Beschwerden dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind. Gerade in diesen Fällen erschien uns der Beweis öfters als in Frage gestellt. So basierten einige Leistungsentscheide auf offensichtlich unvollständigen oder in sich widersprüchlichen Arztberichten. Einige der Arztberichte enthielten aus unserer Sicht sehr pauschale Aussagen wie «der Unfallmechanismus passt nicht zu den Verletzungen», welche nicht überzeugten. Verschiedentlich stellten wir auch fehlerhafte Sachverhaltsschilderungen in ärztlichen Beurteilungen fest. Diese hatten einen negativen Einfluss auf die medizinische Einschätzung. In diesen Beschwerdefällen konnten wir durch unsere Intervention in der Regel eine vertiefte Neuüberprüfung der Angelegenheit durch den Unfallversicherer erreichen. Wo dies bereits geschehen war, wurden mindestens die Kosten für die ergänzenden Abklärungen vom Versicherer übernommen.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich leicht ab. Im Berichtsjahr wandten sich 91 (96) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 52 (37) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	6	(7)	1	(0)	1	(0)
Deckungsumfang	3	(1)	1	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	0	(3)	1	(0)	0	(0)
Einkauf	0	(3)	2	(1)	0	(0)
Reglement	2	(3)	0	(0)	0	(0)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	3	(4)	1	(2)	0	(1)
Freizügigkeit	5	(7)	0	(0)	1	(0)
Vorbezug	0	(4)	0	(0)	0	(0)
Pfändung	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	3	(3)	1	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	13	(19)	2	(3)	6	(0)
Allgemeine Informationen	13	(13)	0	(1)	2	(1)
Verjährung	1	(1)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	1	(2)	0	(1)	1	(0)
Scheidung	3	(3)	0	(0)	1	(0)
Koordinierter Lohn	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	6	(4)	0	(1)	0	(0)
Anwalt	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Total	**70**	**(85)**	**9**	**(9)**	**12**	**(2)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 3 Fälle. Von den 3 abgeschlossenen Interventions-Fällen führte 1 Intervention für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis, 2 waren negativ.

Die uns unterbreiteten Fälle bezogen sich häufig auch auf Fragen im Zusammenhang mit Freizügigkeitsleistungen, Invaliditäts- und Witwenrenten sowie Versicherungsvorbehalten in der überobligatorischen Vorsorge. Zugenommen haben Gesuche um allgemeine Versicherungsberatungen zur Frage, ob per Beginn des Rentenalters ein BVG-Kapitalbezug erfolgen soll oder nicht. Diesen Ratsuchenden konnten wir allerdings nicht weiterhelfen. Als Ombudsstelle sind wir ausschliesslich für die neutrale Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten mit BVG-Sammelstiftungen der Schweizerischen Lebensversicherer zuständig. Dementsprechend können wir keine allgemeinen Versicherungsberatungen durchführen.

Lebenspartnerrenten gehören nach dem BVG zu den ausserobligatorischen Leistungen

Wir haben festgestellt, dass in der Schweiz die Auffassung verbreitet ist, eine Lebenspartner-Rente im Todesfall gehöre generell zu den bei der beruflichen Vorsorge versicherten Leistungen. Dies trifft indessen nur zu, wenn es sich um eine eingetragene Partnerschaft handelt bzw. im Fall der Ehe. Ansonsten gehören Lebenspartner-Renten nach dem BVG zu den ausserobligatorischen Leistungen, die nur geschuldet sind, wenn der anwendbare Vorsorge-Plan eine entsprechende Regelung enthält. So mussten wir in einem Fall der Beschwerde führenden Person mitteilen, dass kein Anspruch auf eine Lebenspartner-Rente bestehe, da der Vorsorge-Plan keine solchen Leistungen vorsehe.

Empfehlung an unverheiratete Paare und solche, deren Partnerschaft nicht eingetragen ist

Falls Sie und Ihr/e Lebenspartner/in einen gegenseitigen Vorsorgeschutz im Todesfall planen, empfiehlt es sich, die Todesfall-Leistungen Ihrer Pensionskassen frühzeitig zu klären, und danach die nötigen Vorkehrungen zu treffen.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Im Berichtsjahr 2017 wurden der Zweigstelle im Tessin 325 Anfragen und Beschwerden unterbreitet. Abgesehen vom Rekordjahr 2016 mit 374 Anfragen, welche massgeblich auf eine ausserordentlich hohe Medienpräsenz von Avv. Carlo Luigi Caimi als Leiter der Zweigstelle in der italienischsprachigen Schweiz zurückzuführen waren, gab es in den letzten 10 Jahren nie höhere Fallzahlen im Tessin als im Jahr 2017.

Im Bereich Privatversicherungen sind die Anfragen von 260 auf 220 gesunken, im UVG-Bereich von 41 auf 33. Im BVG-Bereich fand indessen eine deutliche Zunahme der Fallzahlen von 2 auf 12 statt. Die Anfragen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs haben leicht abgenommen (von 65 auf 60). In der überwiegenden Anzahl betrafen diese Anliegen, welche mit Versicherungsrecht nichts zu tun hatten. Die Mehrzahl der Anfragen aus der italienischer Schweiz konnten durch schriftliche oder telefonische Auskünfte direkt mit den Beschwerdeführenden erledigt werden.

Die Anzahl der Interventionsfälle ist in der italienischsprachigen Schweiz von 6 auf 12 gestiegen. Sie betrafen die Branchen der Diebstahl-, Feuer-, Gebäude-, Wasser-, Reise-, Rechtsschutz- und Krankentaggeldversicherung und waren meistens erfolgreich.

Spitzenreiter im Zuständigkeitsbereich von Avv. Caimi waren Anliegen aus den Branchen Krankentaggeld- und private Unfallversicherung mit 63 Fällen, gefolgt von 38 Fällen aus der Branche Haftpflichtversicherung (Autohaftplicht und allgemeine Haftpflicht). An dritter Stelle standen 20 Anfragen und Beschwerden zur Rechtsschutz-Versicherung. Die Branchen Gebäude- und Hausratversicherung gaben Anlass zu insgesamt 19 Beschwerden. Genau gleich hoch waren die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung mit 19 Anfragen von Versicherten.

Thematisch standen aus Sicht der Versicherten Probleme bezüglich der Höhe der Leistungen der Versicherung im Vordergrund (117 Anfragen), gefolgt von Fragen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Kündigung von Verträgen (34).

Unterversicherung – Informationsbedarf bei den Versicherten zur Festlegung der richtigen Versicherungssumme

Avv. Caimi hatte sich verschiedentlich mit Fällen zu befassen, bei denen den Versicherten nicht klar war, dass sie selbst die Verantwortung für das Festlegen der richtigen Versicherungssumme tragen, und dass Hausratversicherungen Neuwertversicherungen sind. Die Entschädigung eines Totalschadens richtet sich bei Neuwertversicherungen nach den Kosten der Wiederbeschaffung eines neuen, identischen Gegenstands im Zeitpunkt des Schadeneintritts.

Die richtige Versicherungssumme ist daher nach dem Neuwert (=Ersatzwert) der Gesamtheit der zu versichernden Sachen zu berechnen. Ist die Versicherungssumme zu tief, besteht eine Unterversicherung. Besteht eine Unterversicherung, muss die Versicherungs-Gesellschaft den entstandenen Schaden gemäss der gesetzlichen Regelung in Art. 69 VVG nur im Verhältnis der Versicherungssumme zum (höheren) Ersatzwert übernehmen, wenn der konkrete Versicherungs-Vertrag keine günstigere Lösung vorsieht.

Reiseversicherung – Häufige Leistungskürzungen wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht durch die versicherte Person

Schwerpunkt der Beschwerden gegen die Reiseversicherer bildeten in der italienischsprachigen Schweiz wie in den Vorjahren Leistungskürzungen und -ablehnungen wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht. Diese besagt, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare zu unternehmen hat, um den eingetretenen Schaden zu mindern und dessen Vergrösserung zu verhindern. Dazu gehört auch das rechtzeitige Annullieren der gebuchten Reise, wenn ein

Annullationsgrund eingetreten ist, und bevor höhere Annullationskosten anfallen. In der Praxis kommt es in diesem Zusammenhang häufig deshalb zu verzögerten Annullationen, weil kranke oder verunfallte Versicherte Hoffnung auf die rechtzeitige Genesung vor Reiseantritt haben. Die Hoffnung auf rechtzeitige Genesung ist jedoch nicht versichert, es sei denn, dies ist mit dem Reiseversicherer nach Eintritt eines versicherten Annullationsgrundes entsprechend abgesprochen und vereinbart worden.

UVG-Bereich – Strittige UVG-Taggeldleistungen und IV-Renten bereiten am meisten Probleme

Im UVG-Bereich behandelte Avv. Caimi im Berichtsjahr 2017 insgesamt 33 Fälle, was im Vorjahresvergleich (41) einen Rückgang von 8 Fällen bedeutet. Anlass zu einer Intervention gaben 3 Beschwerdefälle.

Die Verunfallten, welche sich an Avv. Caimi wandten, waren mit den vom UVG-Versicherer vorgenommenen Vergütungen für die ärztliche Behandlung, die Heilmassnahmen und weitere versicherte Kosten meistens zufrieden. Schwierigkeiten bereiteten vor allem strittige Taggeldleistungen und Invalidenrenten. Im Vordergrund (10 Beschwerden) standen der Unfallbegriff und der Kausal-Zusammenhang zwischen einem Unfall und den Gesundheitsbeschwerden, für welche Versicherungsleistungen geltend gemacht wurden.

UVG-Abrede-Versicherung – Bei einer beruflichen Auszeit oder fehlender Anstellung kann damit die Unfallversicherung um bis zu 6 Monate verlängert werden

Avv. Caimi stellte verschiedentlich fest, dass einigen Versicherten nicht bekannt war, dass der Schutz der obligatorischen Unfallversicherung 31 Tage (!) nach dem letzten Lohnanspruch endet, und dass man bei einem längeren unbezahlten Unterbruch der Arbeitstätigkeit (z.B. Auslandreise während eines unbezahlten Urlaubs) mit einer Abrede-Versicherung eine Verlängerung des UVG-Schutzes von höchstens 180 Tagen beim UVG-Versicherer beantragen kann. Die Abrede-Versicherung muss vor Ablauf der Nachdeckungsfrist abgeschlossen werden, also spätestens am 31. Tag nach dem letzten Arbeitstag.

BVG-Bereich

Die berufliche Vorsorge beschäftigte Avv. Caimi in 12 Fällen. Keiner führte zu einer Intervention. Die Hälfte der Beschwerdegründe betrafen Kürzungen oder Ablehnungen der Leistungen, und in zwei Fällen die vorzeitige Pensionierung sowie Fragen im Zusammenhang mit einer Ehe-Scheidung.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Nach dem ungewöhnlichen Anstieg der Fälle im Jahr 2016 (von 404 auf 492) wurden der Zweigstelle in Lausanne im Jahr 2017 mit insgesamt 433 Anfragen wieder weniger Fälle als im Vorjahr eingereicht. Der Gesamtanteil der Fälle, die Anlass zu einer Intervention gaben, blieb mit insgesamt 40 (50) relativ stabil.

Erfreulich ist, dass die Anzahl Anfragen insbesondere im Bereich der Nichtzuständigkeit abgenommen haben. Im Jahr 2017 wurden Me Subilia nur noch 59 Anfragen ausserhalb seines Zuständigkeitsbereichs unterbreitet. Im Vorjahr waren es noch 85 Anfragen. Dies erlaubte es der Zweigstelle, sich hauptsächlich auf die Bearbeitung von Anfragen innerhalb ihres eigenen Fachgebiets zu konzentrieren.

UVG-Bereich – Einige Versicherte wenden sich erst nach Erhalt einer UVG-Verfügung und somit zu spät an die Ombudsstelle

Der UVG-Bereich zeichnete sich als Sonderfall ab. Bloss 5 Fälle gaben Anlass zu einer Intervention und damit deutlich weniger als im Vorjahr (13), was wieder dem Niveau im Jahr 2015 entspricht.

Die geringe Anzahl von Interventionsfällen hängt insbesondere damit zusammen, dass sich in der Westschweiz viele Ratsuchende erst nach Vorliegen einer Verfügung an die Ombudsstelle wandten. Nach Erlass einer Verfügung ist es der Ombudsstelle untersagt, ihre Vermittlungstätigkeit aufzunehmen.

Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeits-Fälle – Hohe Komplexität und hohe Erwartungen der Versicherten

Die Bedeutung, die der Krankenversicherung (Erwerbsausfall- sowie Taggeldversicherung) zukommt, bestätigt sich Jahr für Jahr. Der Bereich der Krankentaggeldversicherung umfasst nicht weniger als 92 von insgesamt 300 Fällen, die der Zweigstelle im Zusammenhang mit Privatversicherungen unterbreitet wurden. Diese Dossiers zeichnen sich durch eine hohe Komplexität aus. Oft geht es um die medizinische Beurteilung des Falles. Da die Ombudsstelle über keinen medizinischen Dienst verfügt, kann sie selber keine medizinische Neubeurteilung der strittigen Arbeitsunfähigkeit vornehmen, aber immerhin prüfen, ob die im Dossier enthaltenen Informationen überzeugend sind und keine Widersprüche oder Mängel aufweisen. Diese Nuance ist für Laien oft schwer verständlich. Diese wollen manchmal, dass die Ombudsstelle ihre leidensbedingte Arbeitsunfähigkeit anerkennt. Dies kann die Ombudsstelle jedoch nicht, weshalb Me Subilia die an ihn gerichteten Erwartungen nicht immer erfüllen konnte. Nichtsdestotrotz haben die Interventionen der Ombudsstelle mehrfach zu einer Neubeurteilung geführt, teils auch durch neue Gutachten, was zu einer Entschärfung der Situation beitragen konnte.

Als besonders komplex erwiesen sich Fälle, bei denen verschiedene Ursachen zu Arbeitsunfähigkeiten führten. Bei einem dieser Fälle litt eine Person gleichzeitig an verschiedenen körperlichen Beeinträchtigungen. Diese waren teilweise unfallbedingt und teilweise krankheitsbedingt. Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer, um die Fragen zu klären, ob die Taggeldleistungen entsprechend dessen Position tatsächlich erschöpft waren, und in welchem Umfang der Versicherer aus der Unfall- und der Krankentaggeldversicherung leistungspflichtig ist. Die Intervention führte nach langwierigen Verhandlungen zu einem positiven Ergebnis. Der Versicherer bejahte einen Anspruch auf Leistungen im Betrag von CHF 144'500.-. Dennoch musste der Fall abgeschlossen werden, bevor sämtliche Meinungsverschiedenheiten aus dem Weg geräumt werden konnten. Dies weil die Komplexität des Falles, die unter anderem auch arbeitsrechtliche Fragen tangierte, die Ombudsstelle bei einer weiteren Bearbeitung des Falles quasi in eine anwaltlichen Rolle gezwungen hätte, was ihr untersagt ist.

Reiseversicherungen – Der Schlüssel zum Erfolg liegt häufig in der seriösen Abklärung des Sachverhalts

In Einzelfällen hatte sich Me Subilia mit Fällen zu befassen, bei denen es um die Klärung von Sachverhalten auf anderen Kontinenten ging. So in einem Interventionsfall, der einen Diebstahl in Australien betraf. Dabei konnte Me Subilia eine versicherte Weltenbummlerin mit den von ihm aufgeworfenen Fragen zum Sachverhalt dahingehend unterstützen, dass die Deckungsfrage geklärt werden konnte. Obschon das erreichte Entgegenkommen des Versicherers nicht vollends den ursprünglichen Erwartungen der Beschwerdeführerin entsprach, war sie mit der erreichten Lösung zufrieden.

In Einzelfällen scheitern unsere Vermittlungsbemühungen auch bei Vorliegen fairer Vergleichsangebote der Versicherungs-Gesellschaften

Nicht alle Fälle nehmen einen guten Ausgang. Eine Angelegenheit, die besonders unerfreulich war, drehte sich um ein Problem bezüglich einer seit einigen Jahren bestehenden Doppelversicherung, welche der Versicherungsnehmer selbst zu verantworten hatte. Dennoch konnte in dem von Me Subilia bearbeiteten Fall im Rahmen einer Intervention erreicht werden, dass der Versicherer aufgrund der konkreten Umstände des Falles freiwillig eine von uns vorgeschlagene entgegenkommende Lösung offerierte. Letzterer anerkannte das erreichte Resultat jedoch nicht und forderte umgehend Kompensationsleistungen für das ihm aus seiner Sicht erfahrene Unrecht. Er machte ausserdem Me Subilia verantwortlich für seine Situation. Offenbar stellte der Beschwerdeführer – der als Ausnahme bezeichnet werden muss – an die Ombudsstelle die Erwartung, dass diese nicht eine Lösung mit der Versicherungsgesellschaft sucht, sondern sie rügt, was nicht der Funktion der Ombudsstelle entspricht.

Mit Kommunikation lassen sich einige Streitigkeiten verhindern

Abschliessen möchte Me Subilia seinen Bericht mit einem Fallbeispiel, welche exemplarisch die Wichtigkeit der Kommunikation aufzeigt. Ein versichertes Unternehmen beschwerte sich darüber, dass ihr infolge Prämienverzugs gekündigt wurde. Ein Fehler bei der Anschrift soll dazu geführt haben, dass die gesetzliche Mahnung, welche die Versicherte über die Verzugsfolgen hätte informieren müssen, ihr nie zugestellt worden sei. Mit einer Intervention konnte die Sachlage geklärt werden. Die Versicherung erbrachte den Beweis, dass sie die gesetzliche Mahnung per Einschreiben versendet hatte und die Person, welche den Fall der Zweigstelle unterbreitet hatte, die Empfangsbestätigung selbst unterzeichnet hatte. Die Beschwerdeführende Partei war also im Unrecht, wobei festgehalten werden muss, dass sie dies in der Folge einsah. Unabhängig davon diente die Intervention der Ombudsstelle der Deeskalation der bestehenden Situation und zur Aufklärung des strittigen Sachverhalts. Dies nachdem die Kommunikation zwischen den Parteien nicht mehr funktioniert hatte.

Auch solche Fälle zeigen, dass die neutrale Rolle der Ombudsstelle von den meisten Ratsuchenden anerkannt wird.

Weitere Aktivitäten

Im Jahr 2017 fanden usanzgemäss verschiedene direkte Kontakte mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften sowie einige Treffen und Jahresgespräche mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den einzelnen Versicherungs-Gesellschaften statt. Der Ombudsman erachtet diese Treffen als besonders wertvoll und wichtig. Sie dienen der Klärung von grundsätzlichen Fragen und ermöglichen einen Austausch über die laufende Zusammenarbeit. In diesem Rahmen gibt der Ombudsman im Hinblick auf die Optimierung der jeweiligen Kundenbeziehungen auch individuelle Empfehlungen an die einzelnen Versicherer ab.

Im Berichtsjahr konnte der Ombudman auch einige Medienkontakte pflegen. Die Ombudsstelle veröffentlichte in der Branchenzeitschrift «Schweizer Versicherung» zudem regelmässig anonymisierte Fälle zwecks Sensibilisierung von Versicherungsgesellschaften bezüglich einer lösungsorientierten Abwicklung von Beschwerdefällen.

Im Weiteren wurde die Ombudsstelle zu einem Meinungsaustausch mit der FINMA eingeladen, welche Fragen zur Krankenzusatz-Versicherung betraf. Seit Herbst 2017 ist der Ombudsman Mitglied einer Arbeitsgruppe im SIF (Staatssekretariat für internationale Finanzfragen), welche Vorbereitungsarbeiten für die anstehende Revision des VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) durchführt. Da die internationale Vernetzung und der daraus resultierende Meinungsaustausch wichtig sind, pflegte der Ombudsman auch Kontakte mit ausländischen und internationalen Institutionen im aussergerichtlichen Streitbeilegungsbereich.

Erweiterung der Zuständigkeit der Ombudsstelle

Ende November 2017 beschloss der Stiftungsrat die Erweiterung des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle auf die Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten mit Versicherern im Zusammenhang mit Hypothekarverträgen für Wohneigentum für den eigenen Bedarf. Die Kunden der Versicherer sollen künftig auch bei Meinungsverschiedenheiten aus Hypothekardarlehens-Verträgen für Wohneigentum zum eigenen Bedarf Zugang zur Ombudsstelle haben. Mit dem Inkrafttreten dieses Beschlusses im Februar 2018 wurde die kostenlose Vermittlungstätigkeit der seit dem Jahr 1972 bestehenden Ombudsstelle erstmals auf einen Geschäftsbereich erweitert, der ausserhalb des Versicherungsrechts liegt.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Rolf Schweiger

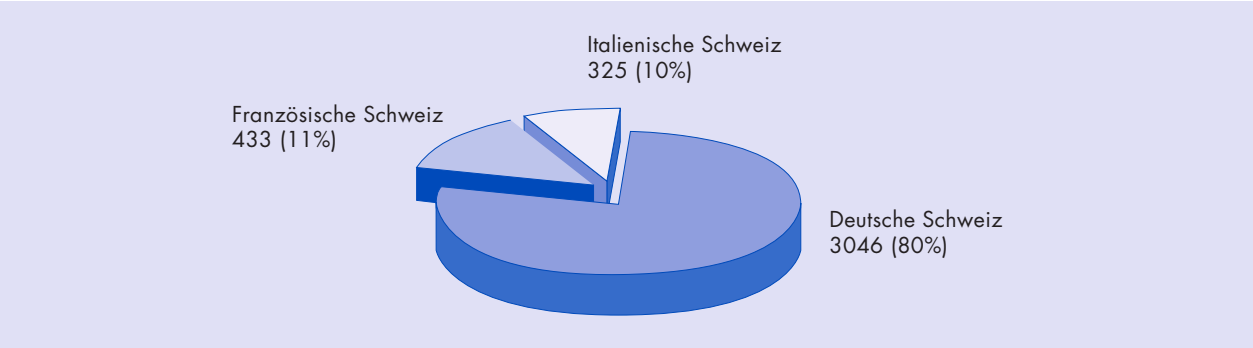
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

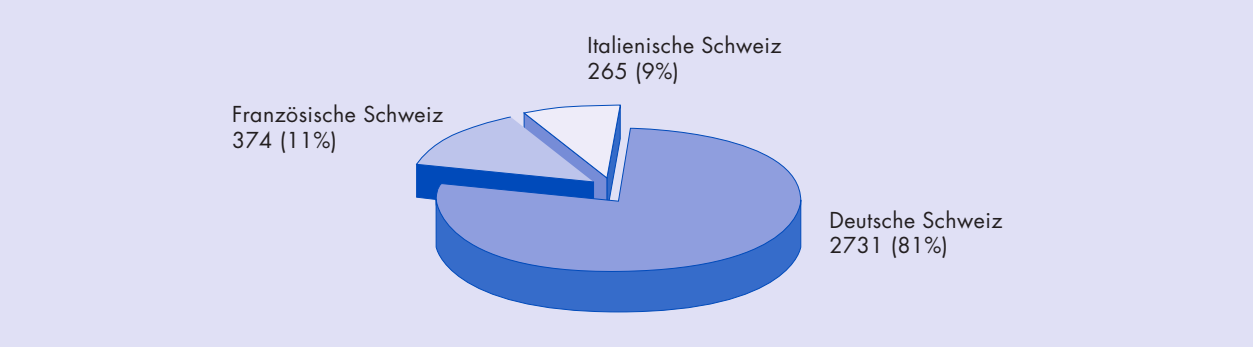
Zürich, März 2018

Statistiken 2017

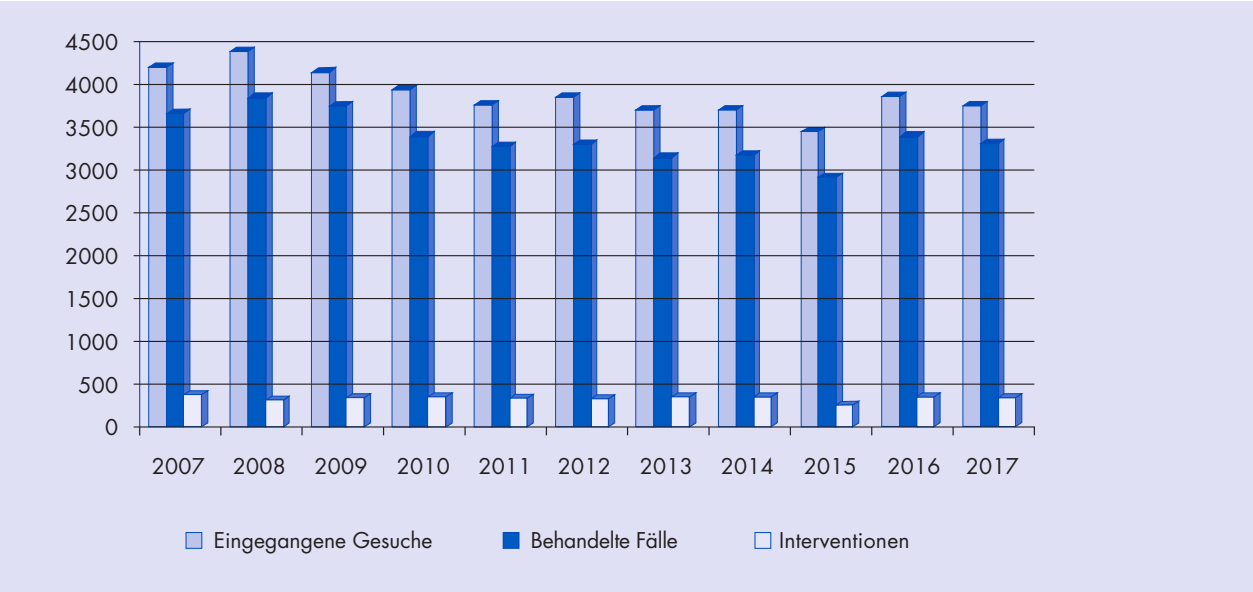
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2007 bis 2017



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2018)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG (jetzt Chubb 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 Partners (vormals Genworth Financial)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
Branchen Versicherung Schweiz
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb Insurance Company of Europe SE, London, ZN Zürich
Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (ehemals ACE)
Cigna
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
DAS Rechtsschutz
Dextra Rechtsschutz AG
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
elipsLife
Elvia (= Allianz Suisse)
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
Gan
Generali Allgemeine
Generali Personen
Genworth Financial (jetzt AXA Partners)
Groupe Mutuel Leben GMV AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (ausser Krankenkasse)
HDI Global SE (vormals HDI Gerling)
Helvetia (inkl. Ex-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)
Helvetia Leben
Hotela (nur UVG inkl. UVG-Zusatzversicherung und Einzel-Unfallversicherung sowie Krankentaggeldversicherung)
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Lloyd's, London, ZN Zürich
Mannheimer
Militärversicherung SuvaCare
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Nationale Suisse Versicherungen (jetzt Helvetia)
Nationale Suisse Leben (jetzt Helvetia Lebensversicherung)
Orion
Palladio Versicherungen AG
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Skandia Vie SA
smile.direct versicherungen (vormals Coop)
Suva (inkl. Militärversicherung)
SWICA (ausser Krankenkasse)
Swiss Life
Sympany
TCS Versicherungen AG (ausser TCS)
TSM
UBS Life AG (jetzt Skandia)
UNIQA
USS Versicherungen
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
8024 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