/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

# Jahresbericht 2018

46. 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 Militärversicherung 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 | Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident<br>Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin<br>Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil<br>Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Versicherung, Pully<br>Petra Huwiler, Direktorin Suva, Root (ab 1.04.2019)<br>Francis Matthey, a. Staatsrat und a. Nationalrat, La Chaux-de-Fonds<br>RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root (bis 31.12.2018)<br>Chiara Simoneschi-Cortesi, a. Nationalratspräsidentin, Comano<br>Daniela Schneeberger, Nationalrätin, Thürnen |
| Ombudsman | Martin Lorenzon, Rechtsanwalt |
| Ombudsstelle<br>Deutsche Schweiz | Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst<br>Adrian Bryner, Rechtsanwalt<br>Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin<br>Eveline Bretscher Todaro, Assistenz<br>Dr.phil.I Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, Assistenz |
| Zweigstellen<br>Französische Schweiz | Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat |
| Italienische Schweiz | Avv. Carlo Luigi Caimi (bis 31.01.2019)<br>Avv. Marco Cereghetti (ab 1.02.2019) |

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Der jährlich publizierte Bericht unserer Ombudsstelle soll primär einem möglichst grossen Publikum aufzeigen,

- wie häufig die Ratsuchenden die unentgeltliche und neutrale Dienstleistung unserer Institution in Anspruch nehmen,
- welche Anliegen uns unterbreitet wurden,
- welche Problemfelder in den Kundenbeziehungen zwischen Versicherern und Versicherten im Vordergrund stehen und daher für möglichst viele Leser von Interesse sein dürften,
- wie wir als Ombudsstelle arbeiten,
- welche Meinung die Ombudsstelle in uns wichtig erscheinenden Fragen vertritt, und
- wie die Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften funktioniert.

Über generelle branchenspezifische Entwicklungen, die sich positiv auf die Kundenbeziehungen auswirken, schreibt die Ombudsstelle in aller Regel wenig.

Ich möchte es daher nicht unterlassen, der Versicherungswirtschaft an dieser Stelle ein verdientes Lob auszusprechen. Dieses gilt den erfolgreich umgesetzten Bemühungen mit «Cicero», dem Zertifizierungssystem der Schweizerischen Versicherungswirtschaft.

Die fachliche Kompetenz von Versicherungsberatern hängt massgeblich davon ab, dass das Fachwissen auf dem neusten Stand ist. Dies setzt voraus, dass das Fachwissen mittels Weiterbildung laufend den Entwicklungen angepasst wird. Cicero dokumentiert die erbrachten Lern- bzw. Bildungsleistungen im persönlichen Cicero-Profil der Versicherungsvermittlerinnen und -vermittler. Das Gütesiegel «Cicero zertifizierter Versicherungsberater» erhält nur, wer über eine solide Grundausbildung (z.B. als Versicherungsvermittler VBV) verfügt und sich verpflichtet, alle zwei Jahre mindestens 60 Cicero Credits mittels besuchten und akkreditierten Weiterbildungsangeboten zu erreichen.

Die Versicherungsbranche bekennt sich damit zur Förderung der laufenden Weiterbildung und somit zur bestmöglichen Beratungskompetenz.
Die damit verbundene Erwartungserhaltung der Branche gegenüber den Versicherungsvermittlern beeinflusst die Beratungskultur und -qualität nachhaltig im Kundeninteresse, und diesbezüglich ist die Versicherungswirtschaft ihrer Konkurrenz in der Finanzbranche einen Schritt voraus.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre des Jahresberichts 2018. Den Versicherten und den Versicherungs-Gesellschaften danke ich für das in unsere Institution gesetzte Vertrauen, und den Mitarbeitenden der Ombudsstelle danke ich für ihr Engagement im Interesse der Parteien, Streitfälle gütlich zu lösen.

Martin Lorenzon
Ombudsman

# Stiftung
# Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

## Zusammenfassung des Jahresberichts 2018

Im Berichtsjahr 2018 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3370 auf 3192 gesunken (5,3%).

2849 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 343 der 1406 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 24,4%). Davon konnten 94% vor Jahresende abgeschlossen werden. Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 67,9%. Der höchste Streitwert bei den Interventionsfällen betrug rund CHF 0,6 Mio und der tiefste strittige Betrag CHF 47.–.

Der Hauptschwerpunkt unserer Tätigkeit lag wie in den Vorjahren bei den Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von 53,5%. Stark beschäftigt haben uns im Berichtsjahr auch eine Vielzahl an oft sehr emotionsgeladenen Privathaftpflicht- und Rechtsschutz-Fällen, denen Streitigkeiten zwischen Privatpersonen zugrunde liegen. In solchen Fällen ist es oftmals aufwändig und schwierig, eine Deeskalation und gütliche Lösungen zu erreichen.

Erstmals befasste sich die Ombudsstelle mit einem Fall, in welchem ein Hausratversicherer im Rahmen einer Produkteerneuerung ohne Berechtigung und gegen den Willen des Versicherungsnehmers eine einseitige Vertragsänderung zu erzwingen versuchte und jegliche Bereitschaft ablehnte, den geltenden Vertrag bis zum nächsten Kündigungstermin zu respektieren.

In der Branche Reiseversicherung konnte zwar ein markanter Rückgang der Fallzahlen von 28% (von 225 auf 162) verzeichnet werden. Ungeachtet dessen haben Fälle zugenommen, in denen strittig war, welche Kosten ein Reiseversicherer im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen zu übernehmen hat.

## Inhaltsverzeichnis


| | |
|---|---|
| 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 |
| | 7 |
| Bereich Privatversicherungen | 8 |
| – Leben-Bereich | 8 |
| – Nichtleben-Bereich | 9 |
| UVG-Bereich und die Militärversicherung | 15 |
| Bereich berufliche Vorsorge | 18 |
| Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz | 20 |
| Die Zweigstelle in der französischen Schweiz | 24 |
| | 27 |
| | 28 |
| Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche | 29 |
| Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle | 29 |
| Tätigkeit 2008 bis 2018 | 29 |
| | 30 |

# Übersicht über das Berichtsjahr 2018

## Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2018 wurden der Ombudsstelle 3565 (Vorjahr 3804) Anliegen und Beschwerden unterbreitet.

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Berichtsjahr von 3370 auf 3192 (5,3%) gesunken. Nach dem starken Anstieg der uns unterbreiteten Fälle im Jahr 2016 um 16,6% lag diese Veränderung im Rahmen üblicher Schwankungen. Im 5-Jahresvergleich handelt es sich im Berichtsjahr um die zweittiefsten Fallzahlen seit dem Jahr 2014.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 434 auf 373 gesunken. Sie betreffen zu einem grossen Teil Krankenkassen-Angelegenheiten, für deren Bearbeitung die Ombudsstelle der Krankenversicherung zuständig ist, sowie Sozialversicherungen, kantonale und ausländische Versicherungen, aber auch autonome BVG-Einrichtungen.

Die Zahl der Anfragen, welche Privatversicherer betrafen, die unserer Stiftung nicht angeschlossen waren, beträgt 41. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt dementsprechend rund 99% des Retailkunden-Geschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

## Anliegen und Beschwerden pro Branche

| Branche | **2018** | A | B | C | D | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|

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 | **2018** | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|

## Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

### Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2018 wandten sich an die Ombudsstelle:

Wert des Vorjahres in Klammer

### Aufgliederung nach Sprachregionen

| Eingegangene Gesuche total | 2018 | 2017 | Differenz |
|---|---|---|---|

| Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle | 2018 | 2017 | Differenz |
|---|---|---|---|

Die Abnahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 3370 auf 3192 (5,3%) betraf sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich als auch die französischsprachige Zweigstelle. In Zürich sind die Fallzahlen um 6,3% gesunken, in Lausanne um 3,2%; in Lugano sind sie hingegen um 2,6% gestiegen.

## Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 379 auf 343 gesunken. Mehrfach-Interventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als eine Intervention erfasst.

| | 2018 | 2017 | Differenz |
|---|---|---|---|

*Davon waren Ende 2018 insgesamt 324 (94%) abgeschlossen.

### Interventionsquoten (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)

Wert des Vorjahres in Klammer

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 69 Fällen (18,2%) auf 53 (15,4%) abgenommen.

## Interventionen pro Branche/Bereich

| Branche/Bereich | Keine Int. | 1 Int. | 2 Int. | 3 Int. | Total |
|---|---|---|---|---|---|

## Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2018 abgeschlossenen 324 (364) Interventionen war in 220 (241) Fällen positiv und in 96 (113) Fällen negativ. In 8 (10) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst.

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit 67,9% (66,2%).

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 daher gegenstandslos wird.

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

In der grossen Mehrheit der Fälle, in denen der Versicherer nur teilweise oder gar nicht entgegen kam, konnte die Ombudsstelle die vom Versicherer dargelegten Gründe nach Einholung einer Stellungnahme nachvollziehen. Nur in wenigen Einzelfällen musste der Ombudsman der Beschwerde führenden Partei empfehlen, einen Anwalt beizuziehen. Entsprechende Empfehlungen erfolgen jeweils erst nach intensiven Verhandlungen und nach Vorankündigung an den Versicherer für den Fall, dass dieser weiterhin an seiner ablehnenden Position festhalte.

# Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

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

Dass sich die Zusammenarbeit mit den meisten Versicherungs-Gesellschaften positiv gestaltet, hängt wesentlich von den direkten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Ombudsman bei den Versicherern ab. Diese haben in aller Regel konsequent für eine seriöse Prüfung der Interventionsfälle gesorgt. Dort wo es im Rahmen der Zusammenarbeit vereinzelt Probleme gab, konnten diese meistens 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 von der Ombudsstelle als wesentlich erachteten Argumente nicht berücksichtigt worden sind, oder wenn Stellungnahmen allzu schematisch abgefasst wurden. In solchen Fällen intervenierten wir jeweils erneut.

Zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen der Ombudsstelle und Versicherern führte in Einzelfällen auch die zunehmende Internationalisierung. Als Beispiel sei ein Schweizerischer Versicherer genannt, der die Schadenbearbeitung und die Bearbeitung der Interventionsfälle an ein ausländisches Assistance-Unternehmen ausgelagert hat, welches zum gleichen Versicherungskonzern gehört. Nach Erhalt unserer Intervention stellte diese ausländische Unternehmung dem Beschwerdeführer nochmals die identische Ablehnung zu, welche ursprünglich Anlass zu dessen Beschwerde an die Ombudsstelle gab, anstatt eine Stellungnahme an den Ombudsman auszufertigen. In diesem Fall war eine persönliche Besprechung zur Klärung der Abläufe unseres Vermittlungsverfahrens erforderlich.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle durch die Versicherer bleibt unverändert. Sie beträgt durchschnittlich zwei bis vier Wochen, und im Bereich Personenversicherungen durchschnittlich vier bis sechs Wochen. Bei einzelnen UVG-Versicherern betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit allerdings acht bis zwölf Wochen. Der Ombudsman erachtet eine entsprechende durchschnittliche Bearbeitungsdauer auch dann als zu lang, wenn das Versicherungsdossier noch dem vertrauensärztlichen Dienst unterbreitet werden muss.

# Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

## Bereich Privatversicherungen

### Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2018 (von 318 auf 251) markant gesunken. Anlass zu einer Intervention gaben 32 Fälle (41). Diese waren zu 60% erfolgreich und führten somit überwiegend zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei.

Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen wie in den Vorjahren häufig die Säule 3a, die Rückkaufswerte von vorzeitig aufgelösten Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil und strittige Erwerbsunfähigkeitsleistungen.

**Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung / Beginn der Verjährungsfrist für die Auszahlung des Vorsorgekapitals aus einer vorzeitig aufgelösten Säule 3a-Police**

Gelegentlich befassten wir uns als Ombudsstelle auch mit Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, welche für die Praxis wegleitend sein können, aber vom Bundesgericht noch nicht beurteilt worden sind.

In einem dieser Fälle kündigte ein Lebensversicherer die seit dem Jahr 2007 bestehende Säule 3a-Police einer Versicherten, als er im Jahr 2014 im Rahmen einer Leistungsprüfung nach einer Operation eine Anzeigepflicht-Verletzung beim Vertragsabschluss festgestellt hatte. Die Versicherte erachtete den nach Vertragsauflösung offerierten Rückkaufswert von CHF 3800.– als zu tief und lehnte diesen ab. Danach blieb die Versicherte trotz ungelöster Meinungsverschiedenheit längere Zeit untätig. Erst im Jahr 2018 holte sie weitere Auskünfte beim Versicherer ein. In der Folge stellte ihr der Versicherer eine ausführliche Dokumentation zu. Das betreffende Schreiben beendete er mit der Feststellung, dass Forderungen aus privatem Versicherungsvertrag gemäss Art. 46 VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) nach Ablauf von zwei Jahren seit Eintritt der leistungsbegründenden Tatsache verjähren, und erhob gleichzeitig die Verjährungs-Einrede.

In unserer Intervention bezeichneten wir es als fraglich, ob der Anspruch auf den Rückkaufswert tatsächlich der zweijährigen Verjährung nach Art. 46 VVG unterliege. Zwar sei das VVG grundsätzlich auch auf die gebundene Vorsorge anwendbar. Abweichende Bestimmungen könnten sich jedoch aus dem BVG ergeben. Die Säule 3a werde auch als freiwillige berufliche Vorsorge bezeichnet und ergänze die zweite Säule. Namhafte Bereiche der Säule 3a seien deshalb (unter anderem auch in der Gerichtspraxis) gleich geregelt wie in der zweiten Säule (vgl. BGE 9C_457/2014, E. 3.2). In der zweiten Säule verjähre jedoch der Anspruch auf Freizügigkeitsleistungen nicht, solange die Pflicht zur Erhaltung des Vorsorgeschutzes besteht (BGE 127 V 315). Auch in der Säule 3a diene das einbezahlte Kapital abgesehen von einzelnen Vorbezugstatbeständen unwiderruflich der Vorsorge. Eine Auszahlung könne deshalb nicht direkt an den Versicherten, sondern nur auf ein 3a-Konto erfolgen. Wir schlugen deshalb eine analoge Anwendung der Regeln zu den Freizügigkeitsleistungen als angemessen vor. Danach würde die Verjährungsfrist erst zu laufen beginnen, wenn das Vorsorgeguthaben bezogen werden kann.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle in der Folge ohne weitere Begründung mit, dass er unsere rechtlichen Überlegungen nicht teile und an der Verjährungseinrede festhalte. Trotzdem erklärte er sich für den Vergleichsfall unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, den bereits vor Jahren kommunizierten Rückkaufswert zu bezahlen.

Nachdem wir der Versicherten dargelegt hatten, dass uns weder Gerichtsentscheide noch Lehrmeinungen zur strittigen Verjährungsfrage bekannt sind, die unsere eingenommene Rechtsposition bestätigt hätten, akzeptierte sie den Vergleich unter anderem auch, um einen Prozess

zu vermeiden, obschon sie nach wie vor der Meinung war, der offerierte Rückkaufswert sei zu tief.

*Der Ombudsman empfiehlt den Lebensversicherern, die hier empfohlene Verjährungspraxis zu befolgen, zumal die Zweckbestimmung des bezahlten Sparprämienanteils an der Gesamtprämie immer die Altersvorsorge der Versicherungsnehmer ist.*

### Erwerbsausfall-Zusatzversicherung – Werden für die Prüfung eines Erwerbsausfalls Informationen aus dem individuellen AHV-Konto benötigt, genügt hierfür in aller Regel ein Auszug aus dem AHV-Konto über wenige Jahre vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

Eine Anzahl Selbständigerwerbender und Angestellter in der eigenen GmbH haben sich im Zusammenhang mit Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen zu Lebensversicherungen an die Ombudsstelle gewandt. Zur Diskussion stand die Frage, in welchem Umfang der Versicherer zur Prüfung von Erwerbsunfähigkeitsleistungen Einsichtnahme in AHV- und Steuerunterlagen verlangen darf.

Als Beispiel sei eine Angestellte in ihrer eigenen GmbH erwähnt. Im Verlaufe des Monats Mai 2018 wurde sie krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Nachdem sie den Fall im Verlaufe des Monats September 2018 ihrem Versicherer angemeldet hatte, verlangte dieser von ihr einen vollständigen Auszug aus ihrem individuellen AHV-Konto. Auf die Frage nach den Gründen teilte der Versicherer ihr mit, dass ein vollständiger Auszug notwendig sei, um den Erwerbsausfall zu berechnen.
Die Versicherte war damit nicht einverstanden und wandte sich deshalb an die Ombudsstelle. In unserer Intervention teilten wir dem Versicherer mit, dass wir es zwar nachvollziehen können, dass er Einsicht in die AHV-Unterlagen nehmen möchte, um abzuklären, wie hoch der durch die Erwerbsunfähigkeit bedingte Verdienstausfall effektiv ist.

Art. 39 Abs. 1 VVG sehe vor, dass die Anspruchsberechtigte auf Begehren des Versicherers jede Auskunft über ihr bekannte Tatsachen erteilen muss, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, und zur Feststellung der Folgen des Ereignisses dienlich sind. Dazu würde im konkreten Fall jedoch die Kenntnis der AHV-pflichtigen Einkommen während weniger Jahre vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit genügen. In der Folge bestätigte der Versicherer, dass er den Standpunkt der Ombudsstelle teile, und dass im konkreten Fall nur ein Auszug aus dem individuellen AHV-Konto der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit benötigt werde.

## Nichtleben-Bereich

### Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen wie in den Vorjahren Anfragen zum Nachweis und zur Höhe des Schadens im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Deckungsumfang und zu Vertragskündigungen. Markant zurückgegangen sind Beschwerden gegen Handy-Versicherer (von 85 auf 12).

### Diebstahlversicherung – Richtet sich die Entschädigung nach dem Neuwert, dem Zeitwert oder dem Kaufpreis, der beim ursprünglichen Erwerb bezahlt wurde?

Eine immer wiederkehrende Frage bei Diebstahlversicherungen dreht sich darum, wie die Entschädigung nach Schadeneintritt zu berechnen ist. Einer dieser Fälle betraf eine Beschwerdeführerin, die zusammen mit Ihrem Ehemann und ihrem 2-jährigen Sohn zum Abendessen in ein Restaurant ging. Den Kinderwagen ihres Sohnes stellten sie aus Platzgründen in Sichtweite vor dem Speisesaal ab. Als sie ihn nach dem

Essen holen wollten, war er verschwunden und nicht mehr auffindbar. Der Versicherer bejahte zwar einen Versicherungsanspruch unter dem Titel «Diebstahl», verneinte indessen das Vorliegen eines Totalschadens und wollte nur den Zeitwert (abzüglich des Selbstbehalts bei Diebstahl) erstatten. Die Beschwerdeführerin meinte indessen, dass von einem Totalschaden auszugehen sei und sie gemäss den anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen folglich Anspruch auf Erstattung des Neuwerts habe.

Die Ombudsstelle wies den Versicherer in ihrer Intervention darauf hin, dass man in der Sachversicherung unter dem Totalschaden die vollständige Zerstörung oder den Verlust von Sachen versteht. Bei einem Diebstahlereignis gehe der Besitzer einer Sache verlustig, weshalb ein Totalschaden vorliege und die Versicherte Anspruch auf Ersatz des Neuwerts habe. Der Versicherer anerkannte jetzt zwar das Vorliegen eines Totalschadens, teilte uns jedoch mit, dass unser Vorschlag, einen neuen Kinderwagen zum Preis von CHF 429.– (abzüglich des Selbstbehalts von CHF 100.–) zu bezahlen, nicht der Logik entspreche, wenn die Versicherte seinerzeit CHF 200.– für einen bereits gebrauchten Kinderwagen bezahlt habe.

Der Ombudsman wurde daher erneut beim Versicherer vorstellig und teilte diesem mit, dass er zwar ein gewisses Verständnis für die Ausführungen in der erhaltenen Stellungnahme habe. Die entsprechende Logik bzw. der Wille des Versicherers, der hier ausgedrückt wurde, müsste jedoch (wie in der Kollisionskasko-Versicherung mit Zeitwertzusatzdeckung in aller Regel anzutreffen) in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB festgehalten sein, um sie auch anwenden zu können. Dies sei jedoch nicht der Fall, weil die AVB im Gegenteil bei Vorliegen eines versicherten Totalschadens die Bezahlung des Neuwerts vorsehen. In der Folge lenkte der Versicherer ein und bezahlte den Kaufpreis für die Neuanschaffung von CHF 429.– abzüglich des Selbstbehalts.

## Hausrat -Versicherung – Unzulässige einseitige Vertragsänderung durch den Versicherer im Rahmen einer Produkt-Erneuerung

Im Berichtsjahr haben den Ombudsman vereinzelt auch unzulässige einseitige Vertragsänderungen durch Versicherer beschäftigt. Diese wurden jeweils im Rahmen der Erneuerung eines bestehenden Versicherungsprodukts vorgenommen und beinhalteten nebst Änderungen im Deckungsumfang auch eine Erhöhung der Prämie.

In einem Fall offerierte ein Hausratversicherer einer versicherten Person die Anpassung seiner seit mehr als 10 Jahren bestehenden Police. Die neue Police sah nebst einer Anpassung der einheitlichen Elementarschadenversicherung auch weitere Änderungen der Versicherungsdeckung und eine Erhöhung der Prämie vor.

Der Versicherte stellte seinem Versicherer per E-Mail verschiedene Fragen zum offerierten Produkt, welche unbeantwortet blieben. Stattdessen stellte ihm der Versicherer ein paar Monate danach eine angepasste neue Police zu, worauf der Versicherte der Gesellschaft umgehend mitteilte, dass er diese Police nicht akzeptiere und an der Weiterführung des bisherigen Vertrags festhalte. Trotzdem erhielt der Versicherte hierauf eine gesetzliche Mahnung für die nicht bezahlte höhere Prämie. Telefonisch sei ihm mitgeteilt worden, er müsse den neuen Vertrag kündigen, wenn er mit der Anpassung nicht einverstanden sei.

Der Ombudsman teilte dem Versicherer in seiner Intervention mit, dass gemäss den vorliegenden Unterlagen keine Rechtsgrundlage für eine einseitige Anpassung des Vertrags bestehe. Der Versicherte habe weder selbst einen Antrag zu einer Vertragsänderung gestellt, noch die Offerte der Gesellschaft angenommen. Vielmehr habe er ausdrücklich dagegen protestiert und damit im Sinn von Art. 12 VVG auch die Genehmigung der neuen Police verweigert.

Der Versicherer offerierte in seiner Stellungnahme an den Ombudsman lediglich die rückwirkende Annullation der Hausratversicherung, die Annullation derselben per Ende des kommenden Monats oder die Weiterführung der Police mit der neuen Versicherungsdeckung. Eine Weiterführung der bisherigen Versicherungsdeckung lehnte der Versicherer jedoch stillschweigend ab.

Der Ombudsman intervenierte daher erneut beim Versicherer und wies diesen darauf hin, dass er einen Vergleich unterstützen könne, wenn dieser lediglich eine Anpassung der bisherigen Versicherungsdeckung an die einheitliche Elementarschadenversicherung beinhalte. Der Versicherer lehnte dies jedoch ab, weil das bisherige Produkt im System gar nicht mehr existiere. Der Ombudsman schlug dem Versicherer daher als weitere Lösungsmöglichkeit vor, die neue Police zur gleich tiefen Prämie zu offerieren wie die bisherige. Der Versicherer erklärte sich in der Folge bereit, die angepasste Versicherungsdeckung zum alten Tarif weiterzuführen und den Ablauf der Police per Ende April 2019 festzulegen, worauf eine gütliche Einigung zustande kam.

Trotz der erfolgten gütlichen Einigung, die sich auf diesen Einzelfall beschränkte, musste es für den Versicherten als unbefriedigend bezeichnet werden, dass der Versicherer das bisherige Produkt gegen seinen Willen aus dem Sortiment strich, ohne die vertraglich vereinbarten Kündigungsfristen einzuhalten.

Empfehlung an die Versicherungsnehmer:
*Prüfen Sie immer, ob Sie ein neu offeriertes Produkt effektiv wünschen. Sofern dies nicht der Fall sein sollte, klären Sie ab, ob Ihr Vertrag den Versicherer berechtigt, eine einseitige Vertragsanpassung vorzunehmen. Trifft dies nicht zu, haben Sie nach geltendem Gesetz das Recht, auf der Weiterführung des bestehenden Vertrags zu bestehen. Falls Ihr Vertrag jedoch eine entsprechende Klausel enthält, welche den Versicherer zur einseitigen Vertragsanpassung berechtigt, können Sie die Police auf den Zeitpunkt der einseitig festgelegten Vertragsänderung kündigen.*

## Motorfahrzeug-Versicherung

Die Anzahl Anfragen zu Kasko-Versicherungen ist im Berichtsjahr auf 184 (107) angestiegen, und in der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung sind die Fallzahlen auf 238 (277) gesunken.

## Kündigung im (gedeckten) Schadenfall – Versicherungsnehmer müssen auf die Auskunft des Versicherers, ob die Schadenzahlung an Dritte vor oder nach der Kündigung im Schadenfall getätigt worden ist, vertrauen können

In einigen Fällen hatten wir die Frage zu prüfen, ob die vom Versicherer ausgesprochene Kündigung in einem gedeckten Schadenfall nach Art. 42 VVG rechtzeitig, d.h. spätestens mit der Auszahlung der Entschädigung, vorgenommen wurde. In einem dieser Fälle hatte der Versicherer einer Kundin kurz vor Weihnachten 2017 mitgeteilt, der Schaden sei gegenüber der Carosseriefirma abgerechnet und mit der Zahlung von CHF 2'450.– erledigt worden. Die Kündigung erfolgte jedoch erst am 2.01.2018 und erschien der Ombudsstelle daher als verspätet. Die Ombudsstelle intervenierte daher beim Versicherer, worauf der Versicherer uns mitteilte, dass die Rechnung der Carosseriefirma erst am 3.01.2018 getätigt worden und die Kündigung daher nicht verspätet erfolgt sei.

Die Ombudsstelle intervenierte daher erneut und wies diesen darauf hin, dass das erwähnte Zahlungsdatum im Widerspruch zur schriftlichen Mitteilung von Weihnachten 2017 stehe. Gleichzeitig gab sie dem Versicherer ihre Auffassung bekannt, dass eine Versicherungsnehmerin auf solche Erklärungen des Versicherers vertrauen können müsse, damit sie die Rechtzeitigkeit der Kündigung überprüfen könne. Im Weiteren empfahl sie dem Versicherer, sich an seine Erklärung zu halten, was dieser in der Folge tat.

Empfehlung an Versicherte, die eine Kündigung im Schadenfall erhalten haben:
*Prüfen Sie immer, ob die Kündigung spätestens mit der Schlusszahlung aus einem Schadenfall (an Sie oder Dritte) eingetroffen ist. Traf die Kündigung erst später ein, ist sie verspätet und somit ungültig.*

## Privathaftpflichtversicherung – Deckungsausschluss für Gegenstände, die zum dauernden Gebrauch gemietet wurden

Für Kinder wird ein Musikinstrument oft gemietet anstatt gekauft. So im Fall eines 12-jährigen Mädchens, für welches die Eltern einen Kontrabass gemietet hatten. Eines Tages rutsche der Kontrabass dem Mädchen aus der Hand, worauf er am Boden aufprallte und beschädigt wurde. Der Privathaftpflicht-Versicherer der Eltern lehnte die Übernahme des Schadens gestützt auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB ab. Diese sehen einen Deckungsausschluss für Schäden an Sachen vor, die für den dauernden Gebrauch durch den Versicherten gemietet wurden (ausgenommen Schäden an Mietwohnungen).

Damit war die betroffene Familie nicht einverstanden. Sie stellte sich auf den Standpunkt, der Kontrabass sei nur vorübergehend gemietet. Die Ombudsstelle fand in AVB zur Privathaftpflicht-Police kein Glossar mit einer Definition, unter welchen Voraussetzungen eine Sache als **zum dauernden Gebrauch** gemietet gilt. Sie konnte den Unterlagen zum Privathaftpflichtfall lediglich entnehmen, dass die Mietdauer für den Kontrabasses im Schadenzeitpunkt bereits etwas mehr als 1 Jahr betrug. Eine Konsultation des Duden-Bedeutungswörterbuchs führte nicht zu einer schlüssigen Lösung. Danach hat der Begriff «vorübergehend» die Bedeutung: «nur eine gewisse Zeit, nicht lange dauernd, für kurze Zeit». Einen Lösungsvorschlag fand der Ombudsman schliesslich in den AVB der in die gleiche Police integrierten Hausrat-Versicherung. In diesen wurde der Begriff «vorübergehend» verwendet. Bei der Auswärtsdeckung von Hausrat wurde als vorübergehend definiert, wenn sich Hausrat nicht länger als 18 Monate an einem anderen Ort befindet.

Der Ombudsman stellte sich in seiner Intervention daher auf den Standpunkt, dass ein unbestimmter Begriff wie «vorübergehend» bei der in der gleichen Police integrierten Haftpflicht-Versicherung im Interesse der Rechtssicherheit einheitlich zu interpretieren sei. Wenn die Auslegung nicht zu diesem Ergebnis führen würde, käme die Unklarheitsregel zu Anwendung, wonach der Versicherer ebenfalls leistungspflichtig wäre. In der Folge hielt der Versicherer in rechtlicher Hinsicht zwar ohne nähere Begründung an seiner Position fest, erklärte sich jedoch aufgrund der konkreten Umstände des Falles ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, den verursachten Schaden zu bezahlen.

Empfehlung an Privathaftpflicht-Versicherte:
*Bevor Sie einen allfälligen Mietvertrag für einen teuren Gegenstand abschliessen, empfiehlt es sich, vom Versicherer eine **schriftliche** Auskunft zur Frage einzuholen, ab welcher Mietdauer die gemietete Sache für den Versicherer als dauernd gemietet und somit nicht mehr als versichert gilt, sofern dies in den Vertragsunterlagen nicht genau definiert wurde.*

## Krankentaggeld-Versicherung

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen im Berichtsjahr leicht zurückgegangen (von 654 auf 649). Der Anteil der Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden strittig war, ist nach wie vor gross.

**Krankentaggeld-Versicherer dürfen Leistungen von Dritten nur soweit an ihre eigenen Taggeldzahlungen anrechnen, als diese aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkung in**

## der gleichen Erwerbstätigkeit bezahlt werden

Probleme bereitet in der Praxis zuweilen die Frage, in welchem Umfang die Leistungen Dritter (z.B. der Invalidenversicherung) an die Leistungen des Krankentaggeld-Versicherers angerechnet werden dürfen. Um eine Überentschädigung der versicherten Person zu vermeiden, werden in der Krankentaggeldversicherung die Leistungen von Dritten an die Leistungen des Krankentaggeld-Versicherers angerechnet, soweit diese die eigenen Leistungen des Krankentaggeldversicherers nicht übersteigen.

Ein Beschwerdefall zu diesem Thema betraf eine Person, die jeweils in Teilzeit sowohl einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachging als auch als Angestellte arbeitete. Für die selbständige Erwerbstätigkeit besass sie eine eigene Krankentaggeld-Versicherung; für die unselbständige Erwerbstätigkeit war sie über die Kollektiv-Versicherung des damaligen Arbeitgebers versichert. Ab März 2015 wurde sie vollständig arbeitsunfähig. Im November 2017 sprach ihr die Eidgenössische Invalidenversicherung daher rückwirkend ab März 2016 eine volle IV-Rente zu.

Daraufhin reichte der Krankentaggeld-Versicherer für die selbständige Erwerbstätigkeit der IV ein Rückforderungsgesuch im Betrag von ca. CHF 22'000.– ein. Die IV erstattete dem Taggeld-Versicherer jedoch lediglich ca. die Hälfte dieses Betrags, worauf der Taggeld-Versicherer den Restbetrag von ca. CHF 11'000.– von ihrer versicherten Person zurückverlangte.

Damit war die versicherte Person nicht einverstanden. Die Ombudsstelle stellte fest, dass die IV vor ihrer Zahlung an den Taggeld-Versicherer für die selbständige Erwerbstätigkeit genau berechnet hatte, welcher Anteil der IV-Rente auf die unselbständige Erwerbstätigkeit entfällt und welcher Anteil auf die selbständige Erwerbstätigkeit. Die getätigte Zahlung stand im Einklang mit dieser Berechnung.

Der Ombudsman wurde daher beim Taggeld-Versicherer vorstellig und wies diesen darauf hin, dass es sich um eine Schadenversicherung handelt. Aus diesen Grund könne sich die Anrechnung von Leistungen Dritter (hier: der IV) ausschliesslich auf Leistungen beziehen, welche ebenfalls wegen krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit als Selbständigerwerbende bezahlt worden sind. Eine andere Lösung sei mit dem Zweck der Versicherung nicht in Einklang zu bringen.

Der Taggeld-Versicherer hielt auch nach weiteren Verhandlungen an seiner Rechtsposition fest. Er verzichtete aber aufgrund der gemäss seinen Angaben besonderen Situation der versicherten Person auf die gesamte Rückforderung, womit der konkrete Einzelfall gelöst werden konnte.

Empfehlung an Krankentaggeld-Versicherte, die gesundheitsbedingt auch Erwerbsausfall-Leistungen von Dritten (z.B. IV-Leistungen) erhalten: ***Falls Ihr Krankentaggeld-Versicherer Leistungen Dritter anrechnet, sollten Sie genau prüfen, ob sich die gemäss dem Taggeldversicherer anzurechnenden Leistungen von Dritten auf den gleichen Zeitraum, das gleiche Gesundheitsleiden und auf die gleiche Tätigkeit beziehen (zeitliche, ereignisbezogene und funktionale (oder sachliche) Kongruenz).***

## Reise-Versicherung – Ungerechtfertigte Ablehnung der Ambulanz-Kosten durch den Reiseversicherer nach brutalem Handy-Raub in den USA

Reisende erleben in den Ferien nicht immer nur Schönes. In einem dieser Fälle wurde eine Reise-Versicherte während ihres Urlaubs in Los Angeles Opfer eines Handy-Raubs. Dabei wurde Pfefferspray gegen sie eingesetzt, und sie wurde mit Gewalt zu Boden geworfen. Nachdem Passanten sich um sie gekümmert und die Polizei gerufen hatten, bestellte diese die Ambulanz. Vom Pfefferspray erblindet und

in Panik versetzt, wurde die Beschwerdeführerin zu einem Spital transportiert. Dort behandelte sie das Pflegepersonal (entgegen den bei uns in der Schweiz üblichen Standards) nicht, weshalb der Mitarbeiter der Ambulanz ihr die Augen reinigte, bevor er sie entliess.

Zurück in der Schweiz meldete die Versicherte den Schadenfall ihrer Krankenkasse, welche die Ambulanz-Kosten ins nächstgelegene Spital von USD 1'454.– ablehnte, worauf sie den Fall ihrem Reise-Versicherer meldete. Dieser lehnte die beantragte Übernahme der Ambulanz-Kosten ebenfalls ab. Zur Begründung führte er aus, die Kosten seien nicht durch eine schwere Krankheit oder einen schweren Unfall im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ AVB entstanden. Der Vorfall habe weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Reiseunfähigkeit zur Folge gehabt. Es bestehe daher keine Leistungspflicht.

Mit dieser Antwort unzufrieden wandte sich die Versicherte an die Ombudsstelle. Der Ombudsman stellte in seiner Intervention die Frage zur Diskussion, ob nicht ein gedeckter Fall vorliege, zumal der Beschwerdeführerin aufgrund eines Notfalls im Ausland dringend Hilfe geleistet werden musste. Diese habe sich in einer so prekären physischen Situation befunden, dass die Polizei die Ambulanz herbeigerufen habe. Dafür, dass das nächstgelegene Spital in den USA sie entgegen den Standards bei uns in der Schweiz nicht behandelt habe, könne die Versicherte nichts.

Nach Neuüberprüfung des Falles entschuldigte sich der Versicherer für die fehlerhafte Fallabwicklung und erklärte sich entsprechend der Empfehlung des Ombudsman zur Bezahlung der Kosten der Ambulanz bereit.

## UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 694 und damit 3,3% weniger Anfragen als im Vorjahr (718) an die Ombudsstelle gerichtet. 579 (620) Fälle entfielen auf die deutsche, 70 (65) auf die französische und 45 (33) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 83,4% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 16,6%.

Wert des Vorjahres in Klammer

625 der insgesamt 694 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 69 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 33 (53,2%) der 62 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 28 (45,1%) Fällen war das Resultat negativ und in 1 (1,6%) weiteren Fall wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

## Zeitpunkt der Einstellung der Heilungskosten nach Anerkennung eines Unfalls im Rechtssinne

Im vergangenen Jahr wurden uns im UVG-Bereich verschiedene Fälle unterbreitet, in welchen der Unfallversicherer nach ursprünglicher Anerkennung seiner Leistungspflicht die Heilungskosten ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr übernehmen wollte. Gemeinsam war den Fällen, dass die betroffenen Personen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung in ihrer Arbeitstätigkeit grundsätzlich nicht mehr eingeschränkt waren. Die Gesellschaften beriefen sich für die Leistungseinstellung jeweils auf Art. 19 Abs. 1 UVG (e contrario).

Gemäss dieser Bestimmung besteht der Anspruch auf Heilbehandlung bis zum Beginn einer allfälligen Rente bzw. so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Das Kriterium der namhaften Besserung des Gesundheitszustandes ist zwar gemäss geltender Rechtsprechung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, zu beurteilen (BGE 134 V 109).

Indessen ist zu berücksichtigen, dass die Heilbehandlung gemäss Art. 10 UVG lediglich eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraussetzt (s. Urteil 8C_354/2014 vom 10.07.2014). Wo gestützt auf die uns zur Verfügung liegenden medizinischen Akten davon ausgegangen werden konnte, dass der primäre Heilungsprozess noch nicht abgeschlossen war, haben wir auf diesen Punkt hingewiesen. Verschiedentlich konnte dadurch der zuständige Unfallversicherer zur Wiederaufnahme der Leistungen bewegt werden.

## Heilbehandlung – Zumutbarkeit von Schadenminderungsmassnahmen

Im Berichtsjahr mussten wir uns verschiedentlich mit der Frage der Zumutbarkeit von Schadenminderungsmassnahmen auseinandersetzen. Wenn der Anspruch auf Heilbehandlung dem Grunde nach unbestritten ist, hat die verunfallte Person sich in Nachachtung ihrer Schadenminderungspflicht gemäss Art. 48 UVG in Verbindung mit Art. 21 ATSG den vom Versicherer angeordneten zumutbaren Untersuchungen zu unterziehen und seinen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu folgen, ansonsten die Leistungen ganz oder teilweise verweigert werden können. Sofern sie sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, sind nur die Leistungen zu gewähren, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich hätten entrichtet werden müssen (Art. 61 UVV).

In einem Fall, welcher der Ombudsstelle unterbreitet wurde, hatte der Beschwerdeführer den Unfallversicherer informiert, dass er eine indizierte Fussoperation wegen anderweitiger körperlicher Beschwerden erst zu einem späteren Zeitpunkt durchführen lassen könne. Der Unfallversicherer ging auf die Einwände des Versicherten nicht ein und teilte ihm mit, dass die Leistungen gekürzt würden, wenn die Operation nicht binnen zwei Monaten erfolgt sei.

Weil er sich vom Unfallversicherer dadurch unter Druck gesetzt fühlte, wandte sich dieser an uns. Der Beschwerde lag ein Arztbericht bei, welcher der Gesellschaft bei der ersten Beurteilung noch nicht bekannt war. Der zuständige Arzt erklärte, dass beim Beschwerdeführer – aufgrund der durch eine akute HWS-Problematik verursachten Gefühls- und Kraftminderung in den Händen – die nötige Sicherheit beim Gehen nach einer Fussoperation und die Sturzprophylaxe bei der Benutzung von Unterarmgehstützen vorderhand nicht gewährleistet seien.

Auf Basis der ärztlichen Stellungnahme konnte die Ombudsstelle den Unfallversicherer im Rahmen einer Intervention davon überzeugen, dass eine Vornahme der Fussoperation zum

stipulierten Zeitpunkt unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen Verhältnisse (welche massgebend seien) objektiv unzumutbar sei. Der Unfallversicherer nahm in der Folge von der Kürzung der Leistungen Abstand und erklärte sich mit einem Aufschub der Operation bis zum ärztlicherseits empfohlenen Zeitpunkt einverstanden.

## Einige Anfragen wegen hoher UVG-Prämien für Sportvereine

Im Berichtsjahr wandten sich verschiedene Hobby- und Amateur-Sportvereine der Sportarten Eislauf und Fussball an uns, welche zunächst keinen UVG-Versicherer gefunden hatten. Nachdem deshalb eine Zuweisung durch die UVG-Ersatzkasse erfolgt war, erhielten sie vom UVG-Versicherer jeweils Prämienrechnungen in Höhe ca. 20 bis 50% des AHV-Lohns ihrer Teilzeitangestellten. Für kleine, zum Teil durch Freiwilligenarbeit getragene Vereine bedeutet das viel Geld für eine obligatorische Sozialversicherung. Die Sportvereine baten uns, beim Versicherer auf eine tiefere Prämie hinzuwirken, weil eine solch hohe Prämienbelastung für ihren Verein kaum tragbar sei und das Überleben desselben ernsthaft gefährde.

Der Ombudsman konnte den Ratsuchenden trotz vollem Verständnis für das unterbreitete Anliegen nicht weiterhelfen. Er hat keine aufsichtsrechtlichen Kompetenzen und darf sich auch nicht in die Tarifgestaltung der UVG-Versicherer einmischen. Er konnte den Ratsuchenden lediglich mitteilen, dass die hohen Prämien für Sportvereine auf Art. 23 Abs. 5 der per 1.01.2017 revidierten Verordnung über die Unfallversicherung/UVV zurückzuführen sind. Diese sieht vor, dass für die Taggelder des leistungspflichtigen UVG-Versicherers der Gesamtlohn aus allen Arbeitsverhältnissen massgebend ist, wenn die versicherte Person vor dem Unfall bei mehr als einem Arbeitgeber tätig ist.

Wird ein teilzeitangestelltes Vereinsmitglied (z.B. ein Trainer oder Amateur-Fussballer) aufgrund eines Sportunfalls arbeitsunfähig, muss der UVG-Versicherer des Sportvereins mit anderen Worten nicht nur die Taggelder für den Lohnausfall beim Sportverein bezahlen, sondern auch die Taggelder für den oft viel grösseren Lohnausfall des Verunfallten in dessen Hauptberuf bei einem anderen Arbeitgeber.

Der Ombudsman betrachtet diese Problematik als für fast alle Beteiligten unbefriedigend. Eine Risikotragung, die sich – wie vorliegend – so ausgeprägt nach dem Verursacherprinzip richtet, ist für obligatorische Sozialversicherungen zudem untypisch. Vor dem Hintergrund der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Bedeutung des Breitensports hofft er deshalb, dass hier eine tragfähige Lösung gefunden werden kann.

## Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich deutlich bzw. um 20,9% ab. Im Berichtsjahr wandten sich 72 (91) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 32 (52) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.

| Beschwerdegrund | Deutsche Schweiz | Französische Schweiz | Italienische Schweiz |
|---|---|---|---|

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 12 Fälle. Von den 11 abgeschlossenen Interventions-Fällen führte 10 Interventionen für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis, 1 Fall wurde sog. neutral erledigt.

## Vereinzelte Fälle mit divergierenden Lohnsummen im Lohnausweis oder im IK-Auszug der AHV und im Vorsorgeausweis der Pensionskasse

Im Bereich der beruflichen Vorsorge sind uns verschiedene Fälle unterbreitet worden, in welchen die im Lohnausweis verzeichneten bzw. bei der Ausgleichskasse gemäss IK-Auszug (Auszug aus dem individuellen AHV-Konto) abgerechneten Lohnsummen nicht denjenigen entsprachen, welche im Vorsorgeausweis erfasst worden waren.

In einem Fall stellte die Vorsorgeeinrichtung auf unsere Intervention hin fest, dass der BVG-pflichtige Lohn zwar durch den ehemaligen Arbeitgeber gemeldet worden war, aber bei ihr aufgrund eines Versehens nicht abgerechnet worden war.

In einem anderen Fall, in welchem unbestritten war, dass die Diskrepanz zwischen den Angaben in den Lohnausweisen zu denjenigen im Vorsorgeausweis darauf zurückzuführen war, dass der Arbeitgeber der Vorsorgeeinrichtung andere, tiefere Lohnsummen gemeldet hatte, wollte die Versicherungsgesellschaft im Hinblick auf die Korrektur der Ausweise das Ergebnis eines laufenden arbeitsrechtlichen Prozesses (mit Thema Überstunden, Bonusanspruch etc.) abwarten. Im Nachgang zu unserer Intervention erklärte sich die Gesellschaft indessen bereit, die Ausweise vorerst auf Basis der in den Lohnausweisen erfassten Lohnsummen abzurechnen und nach Vorliegen des rechtkräftigen Gerichtsurteils allenfalls nochmals zu korrigieren.

Im Sinne eines generellen Hinweises ist festzuhalten, dass gemäss dem BGE 136 V 73 die Fälligkeit von Beitragsforderungen bis zur (anrechenbaren) Kenntnisnahme aufgeschoben wird, wenn die Vorsorgeeinrichtung wegen einer unentschuldbaren Meldepflichtverletzung des Arbeitgebers keine Kenntnis vom Bestand einer versicherungspflichtigen Anstellung hatte. Der Lauf der Verjährung nach Art. 41 Abs. 2 BVG beginnt indessen nur für Beitragsforderungen, die jünger als zehn Jahre sind; die weiter zurückliegenden sind absolut verjährt.

Empfehlung an BVG-Versicherte:
*Prüfen Sie Ihre Lohn- und Vorsorgeausweise jeweils zeitnah nach Erhalt, und werden Sie bei allfälligen Diskrepanzen umgehend beim Arbeitgeber oder der zuständigen Vorsorgeeinrichtung vorstellig.*

*Sofern ein Arbeitnehmer keinen jährlichen Vorsorgeausweis erhält, obwohl auf den Lohnausweisen Vorsorgebeiträge aufgeführt werden, kann er nötigenfalls bei der für ihn zuständigen Ausgleichskasse anfragen, ob und bei welcher Ausgleichskassen sein Arbeitgeber registriert ist. Die Ausgleichskassen haben zu kontrollieren, ob Arbeitgeber einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen sind, sofern sie der beruflichen Vorsorge unterstellte Arbeitnehmende beschäftigen. Die Ausgleichskassen fordern Arbeitgeber zum Anschluss innert zwei Monaten auf, wenn sie keiner registrierten Vorsorgeeinrichtung angehören. Kommt ein Arbeitgeber dieser Aufforderung nicht nach, meldet die Ausgleichkasse diesen der Stiftung Auffangeinrichtung BVG zum rückwirkenden Anschluss.*

# Die Zweigstellen

## Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Die Gesamtzahl der Fälle, die im Berichtsjahr von der Zweigstelle der italienischen Schweiz bearbeitet wurden, stieg von 325 auf insgesamt 342 an. Im Privatversicherungsbereich blieben die 221 (220) Anliegen und Beschwerden, für welche die Zweigstelle zuständig war, konstant. Ein Rückgang der Anfragen war zwar im BVG-Bereich von 12 auf 6 zu verzeichnen, was im UVG-Bereich mit einer Zunahme der Fallzahlen von 33 auf 45 jedoch mehr als kompensiert wurde.

Die bei der Zweigstelle 70 eingegangenen Gesuche ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs betrafen vor allem die soziale Krankenversicherung (31 Fälle), welche an die hierfür zuständige Ombudsstelle weitergeleitet wurden, sowie Rechtszweige ausserhalb des Versicherungsrechtes (28 Anfragen).

Von den insgesamt 10 Interventionen zu Beschwerden aus der italienischen Schweiz betrafen 5 die Branche Motorfahrzeughaftpflicht- und Kaskoversicherung. Die Mehrzahl der Anfragen und Beschwerden konnte direkt mit den Beschwerdeführenden erledigt werden.

Spitzenreiter im Zuständigkeitsbereich von Avv. Caimi waren wie im Vorjahr Anliegen aus den Branchen Krankentaggeld- und private Unfallversicherung (56), gefolgt von Anfragen zur Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung (47), zur allgemeinen Haftpflicht (31) und zur Rechtsschutzversicherung (22). Die Zweige der Feuer-, Elementarschaden- und Wasserversicherung führten zu 13 Anfragen und Beschwerden und diejenigen der Gebäude- und Hausratsversicherung zu 16. In der Branche Lebensversicherung ist die Tätigkeit der Zweigstelle mit 18 Fällen im Vergleich zu 19 im Vorjahr konstant geblieben.

Thematisch bezogen sich die Hauptprobleme auf die Höhe der Leistungen (98) und auf Kündigungsfragen (27). 40 Fälle betrafen allgemeine Versicherungsinformationen und Fragen aus dem Versicherungsrecht. Viele Leute glauben, dass «ein Ombudsman» für jedes Anliegen im Zusammenhang mit der Branche zuständig ist, was jedoch nicht zutrifft. Unsere Zuständigkeit bezieht sich auf die neutrale Vermittlung bei bestehenden Meinungsverschiedenheiten in versicherungsrechtlichen Angelegenheiten!

### Motorfahrzeug-Haftpflicht – Schwierige Beweisfragen zum Schadenhergang

Avv. Caimi hatte sich verschiedentlich mit Motorfahrzeug-Haftpflichtfällen zu befassen, bei denen wegen diametral entgegengesetzter Sachverhaltsdarstellungen der Kollisionsbeteiligten Beweisprobleme bestanden, um den Verschuldensnachweis der Gegenpartei für Sachschäden gemäss Art. 61 Abs. 2 SVG zu erbringen.

Oft behauptete die eine Partei z.B., dass sie mit dem eigenem Wagen stillstand, als sie von einem anderen Fahrzeug angefahren wurde. In diesen Fällen neigten die involvierten gegnerischen Gesellschaften dazu, diese Partei zu entschädigen, wenn der eigene Kunde über eine Bonusschutzdeckung oder eine Kaskoversicherung verfügte.

Aufgrund des Inhalts des Polizeirapports (bekanntlich sind die «Aussagen der ersten Stunde» meistens die Richtigen), der Schadenörtlichkeit und der Schadenbilder an den Fahrzeugen hatte Avv. Caimi vereinzelt Zweifel an der Korrektheit solcher Parteibehauptungen. Hinzu kommt, dass bezüglich der Verschuldensfrage nicht nur relevant ist, ob ein Auto im Kollisions-Zeitpunkt bereits stillgestanden ist, sondern auch, wie lange dies im Kollisionszeitpunkt bereits der Fall war (Zeitmoment). Sofern ein Fahrzeuglenker unmittelbar vor dem Anhalten seines Autos der Gegenpartei den Weg abgeschnitten hat, trifft den betreffenden Lenker ein massgebliches Verschulden am Schadenseintritt.

In solchen Fällen wurde mit einer Intervention eine Neuüberprüfung des Kollisionshergangs und/oder der Verschuldensfrage empfohlen.

## Wiederkehrende Probleme im Zusammenhang mit Kollisionen durch überholende Motorradfahrer

Zu wiederkehrenden Problemen mit Versicherern führten Kollisionen zwischen Motorradfahrern, der eine Fahrzeugkolonne überholten, und einem aus der Kolonne abbiegenden Fahrzeug, wenn die Fahrzeugkolonne sich sehr langsam oder stockend fortbewegt. Gemäss Art. 47 Abs. 2 SVG haben Motorradfahrer ihren Platz in der Fahrzeugkolonne beizubehalten, wenn der Verkehr vor ihnen anhält. Nach Art. 34 Abs. 3 SVG haben aber auch die Lenker von Fahrzeugen, die ihre Fahrtrichtung ändern, wie zum Abbiegen etc., auf den Gegenverkehr und den nachfolgenden Verkehr Rücksicht zu nehmen.

In solchen Fällen neigten Auto-Haftpflichtversicherer dazu, die Forderungen geschädigter Motorradlenker abzulehnen. Avv. Caimi hatte daher zu prüfen, ob nicht auch den Lenker des Autos ein Verschulden traf, wenn dieser plötzlich mit seinem Auto aus der Kolonne ausscherte und plötzlich nach links abbog, so dass es zu einer Kollision mit dem überholenden Motorrad kam. Hier stellte sich oft die Frage, ob nicht eine Aufteilung der Haftungsquote der Beteiligten zu je 50% angemessen wäre.

## Krankentaggeld- und Unfallversicherung – Dauerproblem diametrale Divergenzen bei den ärztlichen Beurteilungen der Folgen von Gesundheitsbeschwerden

Bei der Krankentaggeld- und privaten Unfallversicherung wurde Avv. Caimi immer noch mit Fällen konfrontiert, bei denen die Meinung des behandelnden Arztes und des Vertrauensarztes der Gesellschaft bezüglich des Weiterbestehens oder des Grades der Arbeitsunfähigkeit, oder ob es sich um einen Rückfall handelte, auseinandergingen. Diametrale Divergenzen mussten auch in den verschiedenen Expertenberichten festgestellt werden. Solche Dossiers sind meistens umfangreich und bedingen eine längere Bearbeitungszeit. Meist erwiesen sich die Positionen der Gesellschaften aus rechtlicher Sicht trotzdem nicht als willkürlich. Bestanden diesbezüglich jedoch Zweifel, wurde mittels Intervention die Einholung eines Obergutachtens empfohlen.

## UVG-Bereich

Im UVG-Bereich wurden Avv. Caimi insgesamt 45 Fälle unterbreitet, was im Vorjahresvergleich (33) eine Zunahme um 36,3% bedeutet. 25 Beschwerden wurden mündlich und 19 schriftlich behandelt. In einem Fall kam es zu einer Intervention bei der Gesellschaft.
Thematisch betrafen die meisten Beschwerden Leistungen des Versicherers, seien es Geldleistungen wie Taggelder (10) und Integritätsentschädigungen (3), sowie Kosten der Heilbehandlung und Kostenvergütungen (4).

## Übernahme der Heilungskosten nach Festlegung einer Invalidenrente durch den UVG-Versicherer

Obwohl es sich bei Letzteren nur um vorübergehende Leistungen handelt, sind diese gemäss Art. 21 UVG in bestimmten Fällen auch nach der Festsetzung einer Invalidenrente zu gewähren. Voraussetzungslos gilt dies, wenn die versicherte Person an einer Berufskrankheit leidet. Anspruch auf Pflegeleistungen und Kostenvergütungen besteht ausserdem unter anderem dann, wenn der Versicherte zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernde Behandlung und Pflege braucht. Das Gleiche gilt, wenn er an einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch die medizinische Behandlung wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

Vereinzelt hatte sich Avv. Caimi auch mit der Problematik der Kürzung (oder der Verweigerung) der Versicherungsleistungen wegen eines Zustandes zu befassen, welcher die Erwerbsfähigkeit schon vor dem versicherten Unfall beeinträchtigt hatte, oder wegen aussergewöhnlicher

Gefahren, wie z.B. die Teilnahme an Raufereien gemäss Art. 49 Abs. 2 UVV.

## BVG-Bereich

Die berufliche Vorsorge nahm die Zweigstelle im Berichtsjahr nur in 6 Fällen in Anspruch, von denen 5 direkt bzw. ohne Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erledigt wurden. Diese Anfragen betrafen die klassischen Themen BVG-Reglement, Freizügigkeit und Versicherungsleistung.

## Medienarbeit

Avv. Caimi hatte Gelegenheit, am 16. April 2018 an der Radiosendung von RSI Rete UNO «La consulenza» mit dem Thema «Problemi con le polizze assicurative? Li risolve l'Ombudsman» teilzunehmen. Am 19. November 2018 wurde er in die Fernsehsendung von RSI LA 1 «Filo diretto» eingeladen, wo über Probleme im Zusammenhang mit dem Kauf eines Autos diskutiert wurde.

## Wechsel in der Leitung der Zweigstelle im Tessin per 1. Februar 2019 – Rückblick von Avv. Caimi

Per 31. Januar 2019 fand ein personeller Wechsel bei der Zweigstelle in der italienischen Schweiz statt. Nach 20-jähriger erfolgreicher Tätigkeit trat Avv. Carlo Luigi Caimi von seinem Amt zurück.

Avv. Caimi nimmt deshalb die Gelegenheit wahr, in seinem Schlussbericht einen kurzen Rückblick auf seinen langjährigen Einsatz im Interesse der Versicherten zu machen. Die Bekanntheit der Zweigstelle der italienischen Schweiz wurde während der Dauer seiner Tätigkeit erheblich gesteigert, und die Bewältigung des jährlich wachsenden Pensums hat immer mehr Einsatz mit sich gebracht. Per 31. Dezember 1998, als der Stab Avv. Caimi übergeben wurde, verzeichnete die Statistik der Zweigstelle insgesamt 190 Fälle. Während der Jahre hat die Zahl der Personen, welche die Zweigstelle in Lugano um Rat ersuchten, kontinuierlich zugenommen. Mit wenigen Ausnahmen sind seit dem Jahr 2004 durchschnittlich jährlich 320 Anfragen eingetroffen, bis der Höhepunkt von 374 im Jahr 2016 erreicht wurde.
Dies ist natürlich teilweise auf die Erweiterung der Zuständigkeitsbereiche der Stiftung auf das UVG und die Militärversicherung im Jahr 2002 sowie auf das BVG im Jahr 2006 zurückzuführen. Besonders im Privatversicherungsbereich haben aber auch die Arbeitsweise und die intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung beigetragen. In den vergangenen 20 Jahren hat der Avv. Caimi die Gelegenheit nie verpasst, an Radio- oder Fernsehsendungen wie auch an Tagungen und Versammlungen von Versicherern teilzunehmen, gegebenenfalls mit persönlichen Beiträgen zu spezifischen Themen. Somit hat er das grosse Publikum der Versicherten erreicht, aber auch die Fachexperten und Agenten.

Die grosse Zahl der Versicherten, die Mühe oder den Wunsch hatten, sich im immer komplizierter werdenden Versicherungsfeld zurechtzufinden, haben meistens eine befriedigende Antwort erhalten oder eine Lösung gefunden, was zur guten Reputation der Ombudsstelle beigetragen hat. Die im Jahr 2014 publizierte Kundenzufriedenheitsstudie hat dies bestätigt. Die Versicherungsgesellschaften haben sich im Allgemeinen sehr kooperativ gezeigt und problemlos Akten zur Verfügung gestellt und Auskünfte erteilt.

Avv. Caimi hofft, mit seinem Einsatz die berechtigten Erwartungen der meisten Beschwerdeführer erfüllt zu haben und ihnen adäquat geholfen zu haben. Seinerseits unterstreicht er, dass ihm seine Tätigkeit im Dienste der Versicherten grosse Freude und Genugtuung bereitet hat. Er hofft, dass dies auch für seinen Nachfolger der Fall sein wird.

Last, but not least: Avv. Caimi möchte sich für die immer hervorragende Zusammenarbeit und Freundschaft bei allen jenen herzlich bedanken, die ihm in den 20 Jahren seiner Tätigkeit Vertrauen und Unterstützung geschenkt haben: dem

früheren Präsidenten der Stiftung alt Ständerat Dr. Fritz Schiesser, dem heutigen Präsidenten alt Ständerat RA Rolf Schweiger, der früheren Ombudsfrau Dr. Lili Nabholz-Heidegger und dem heutigen Ombudsman RA Martin Lorenzon, sowie den Mitgliedern des Stiftungsrates und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Zürich und Lausanne.

## Worte des Präsidenten zum Wechsel in der Leitung der Zweigstelle im Tessin per 1. Februar 2019

Der Präsident dankt Avv. Carlo Luigi Caimi namens des Stiftungsrats und des Ombudsman für seine langjährige hervorragende Arbeit und seinen grossen Einsatz im Interesse der Ratsuchenden. Er hat die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 20 Jahre lang kompetent und souverän geführt. Während seiner kontinuierlichen und erfolgreichen Tätigkeit konnte die Bekanntheit der Ombudsstelle in der italienischen Schweiz deutlich gesteigert und damit für viele Versicherte der «Zugang zum Recht» erheblich erleichtert werden. Dafür gebührt ihm grosser Dank. Für seine Zukunft wünschen wir ihm alles Gute.

Seine Nachfolge hat per 1. Februar 2019 Herr Avv. Marco Cereghetti angetreten. Er ist als Anwalt und Notar in Lugano tätig und verfügt über ausgewiesene und langjährige Erfahrung im Versicherungsrecht.

## Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Im Berichtsjahr 2018 wurden der Zweigstelle in der Westschweiz 413 Anfragen und Beschwerden unterbreitet, was einem leichten Rückgang gegenüber dem im Vorjahr eingegangenen Gesuche (433) entspricht. Abgenommen hat insbesondere die Anzahl Anfragen ausserhalb unserer Zuständigkeit (von 59 auf 51). 28 davon betrafen Anfragen von Versicherten zur Krankenkasse, welche Me Subilia an die hierfür zuständige Ombudsstelle der Krankenversicherung weiterleiten konnte.

Mit 30 Interventionen ist die Anzahl Beschwerden aus der französischsprachigen Schweiz, die Anlass zu einer Kontaktaufnahme mit dem Versicherer gaben, im Vergleich zum Vorjahr (40) zwar leicht rückgängig, jedoch zu 85% (71%) erfolgreich. Die Interventionen konzentrierten sich vor allem auf den Privatversicherungsbereich (25).

### Privatversicherungsbereich

Im Privatversicherungsbereich betrafen im Jahr 2018 ziemlich genau ein Drittel der Fälle die Krankentaggeldversicherung (94 von insgesamt 287 Beschwerden). Der überwiegende Teil drehte sich um aus Sicht der Versicherten ungenügende Versicherungsleistungen (59). Auffällig hoch war die Anzahl Beschwerden im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss (15) und damit auch geltend gemachte Vorbehalte durch die Versicherung. Wie in den Vorjahren wird die Rangliste der in der Westschweiz eingehenden Beschwerden hernach angeführt von der Autohaftpflicht (38 Fälle), die Rechtsschutzversicherung (37 Fälle) und die Lebensversicherung (36 Fälle).

### Kein einziger Beschwerdefall gegen den Vorwurf einer Anzeigepflicht-Verletzung beim Vertragsabschluss nach Art. 6 VVG durch den Versicherer bei der Zweigstelle in Lausanne

Erwähnenswert ist aus Sicht von Me Subilia, dass die Zweigstelle sich im Berichtsjahr kein einziges Mal mit dem Thema «Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss» befassen musste. Dies war seit vielen Jahren nicht mehr der Fall. Bereits als die Regelung zur Anzeigepflicht per 1.1.2007 abgeändert worden ist, hatte Me Subilia festgestellt, welchen positiven Einfluss diese neue Regelung auf die Reduktion der Anzahl entsprechender Beschwerden hatte. Seit dieser Gesetzesänderung beschränkt sich das Erlöschen der Leistungspflicht infolge Vertragskündigung wegen Anzeigepflichtverletzung (nur noch) auf jene Tatbestände, bei denen ein Kausalzusammenhang zwischen der nicht oder nicht richtig angezeigten Gefahrstatsache und dem Schaden besteht.

Anzeigepflichtverletzungen geben zwar selbstverständlich nach wie vor Anlass zu Beschwerden. Die durch den Gesetzgeber vorgenommene Einschränkung der Sanktionen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verursacht im Vergleich zur Vergangenheit jedoch weniger Unverständnis.

### In der Branche Rechtsschutz befassen wir uns vor allem mit Deckungsfragen

Als Beispiel nennt Me Subilia eine erfolgreiche Intervention für eine Immobilienfirma, welche sich in einem Rechtsstreit mit der Steuerbehörde bezüglich der Verrechnungssteuer befand. Die besagte Firma war über eine Rechtsschutzversicherung für Steuerstreitigen, nicht aber für Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Erwerb und Verkauf von Immobilien versichert. Die Gesellschaft lehnte das Rechtsschutzbegehren bereits zu einem frühen Zeitpunkt ab und stellte sich angesichts des Tätigkeitsbereichs der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, diese stehe im Zusammenhang mit dem Erwerb einer Immobilie, weshalb es von der Deckung ausgeschlossen sei. Durch die Intervention der Ombudsstelle konnte aufgezeigt werden, dass die Streitigkeit nicht mit dem Firmenzweck der Beschwerdeführerin zu verwechseln sei (ansonsten würde dies bedeuten, dass kein einziges Rechtsschutzbegehren der versicherten Immobilienfirma je gedeckt wäre), weshalb die Gesellschaft die Deckung anerkannte.

## Für die Prüfung von Aussichtslosigkeitserklärungen der Rechtsschutz-Versicherer bezüglich der beantragten Rechtsschutz-Massnahmen sind wir nicht zuständig

Me Subilia fiel im Berichtsjahr auf, dass die Versicherer nicht zögerten, ihre Versicherten bei Auftreten von Problemen an die Ombudsstelle zu verweisen. Dies wohl auch deshalb, weil Ratsuchende bei Anrufung unserer Stiftung bekanntlich auf eine objektive Einschätzung der Sachlage zählen dürfen. Einige Versicherungen entwickelten bei der Empfehlung unserer Dienstleistung an ihre Versicherten jedoch ein bisschen zu viel Enthusiasmus. Insbesondere eine Rechtsschutzversicherung teilte ihren Kunden mit, dass man sich bei Streitfragen jeglicher Art mit ihm als Rechtsschutzversicherer an die Ombudsstelle wenden könne. Dabei kann unsere Stiftung bei strittigen Rechtsschutzgesuchen nur die Deckungsfrage prüfen, nicht aber die Erfolgsaussichten für die Durchsetzung von Forderungen (z.B. arbeitsrechtliche, mietrechtliche etc.), für welche der Versicherte Rechtsschutz will. Für die Beurteilung von Aussichtslosigkeitserklärungen weiterer Rechtsschutz-Massnahmen ist von Gesetzes wegen ein Schiedsverfahren vorgesehen, welches die Rechtsschutzversicherung und die versicherte Person gemeinsam durchführen müssen.

Unser Zuständigkeitsbereich ist zwar ausführlich im Stiftungsreglement beschrieben. Dennoch bestand erheblicher Erklärungsbedarf gegenüber Versicherten, die mit Blick auf die vertraglichen Bestimmungen davon ausgehen durften, dass sie sich auch in dieser Hinsicht an die Ombudsstelle wenden können.

## UVG-Bereich – Schwierige Kausalitätsfragen

Im UVG Bereich verzeichnete Me Subilia eine Zunahme von Beschwerdefällen: 70 im Jahr 2018 gegenüber 65 im Jahr 2017. Ein Viertel (18) betraf das Thema Heilbehandlung, gefolgt von 14 Beschwerden bezüglich Taggeldleistungen und 13 bezüglich UVG-Verwaltungsverfahren. In 12 Fällen war der Unfallbegriff strittig.

Beschwerden in Bezug auf die Kausalität drehen sich am häufigsten um die heikle Frage des status quo sine. Beim Status quo sine handelt es sich um denjenigen Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später wahrscheinlich eingestellt hätte. Juristisch gesehen besteht gegebenenfalls keine Verbindung mehr zwischen dem Unfall und dem aktuellen Gesundheitszustand. Dies obschon der Gesundheitszustand, wie er vor dem Unfall bestanden hat, nicht wieder erreicht wurde (status quo ante). Obwohl diese Rechtsprechung als gefestigt anzusehen ist, fällt es oft schwer, Versicherten zu erklären, dass die bestehenden Gesundheitsbeschwerden rechtlich gesehen keine Unfallfolge mehr darstellen und der UVG-Versicherer daher nicht mehr leistungspflichtig ist.

Ein anschauliches Beispiel hierfür lieferte eine Beschwerde bezüglich eines Sportunfalls. Dieser erschien zunächst zwar harmlos. Die Auswirkungen erwiesen sich jedoch als weitreichend. Für die Beurteilung der Beschwerde erhielt Me Subilia widersprüchliche medizinische Unterlagen. Ein Teil hielt dafür, dass die Kausalität klar gegeben sei, während andere Berichte davon ausgingen, dass die Entwicklung des Gesundheitszustands bloss Zeichen einer nicht auf den Unfall zurückzuführenden Degeneration sei. Dieser Fall hinterliess leider grosse Verbitterung beim Beschwerdeführer, obwohl der Standpunkt der Versicherung letztlich die Rechtsprechung befolgte.

## Die Versicherten schätzen unsere unentgeltliche Dienstleistung auch in den Fällen, in denen keine Intervention möglich ist

Im Grunde genommen variieren zwar die Fallzahlen von Jahr zu Jahr, die grundlegenden

Fragen bleiben sich jedoch gleich. So ermöglichte auch dieses Jahr die Anrufung der Ombudsstelle einer Anzahl von Versicherten ein befriedigendes Ergebnis, indem berechtigte Forderungen anerkannt wurden, oder die tatsächliche Sachlage verständlich erklärt werden konnte, oder die Ratsuchenden zu Angeboten verwiesen wurden, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten waren. Einige Beschwerdeführer bedankten sich daher ausdrücklich und herzlich bei der Stiftung, auch wenn Me Subilia in der Sache nicht intervenieren konnte. Me Subilia empfindet es immer als aufwertend zu wissen, dass er mit seiner Vermittlungstätigkeit etwas dazu beitragen konnte, um eine Anzahl Konflikte zufriedenstellend zu lösen.

# Weitere Aktivitäten

Im März 2018 wurde der Ombudsman von der Kommission für Wirtschaft und Abgaben WAK des Nationalrats zu einer Anhörung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag/VVG eingeladen.

Im April führte er ein halbtägiges Unterrichtsmodul an der Hochschule Luzern für Studierende vorwiegend der Sozialarbeit kurz vor dem Bachelor-Abschluss durch. Dies verbunden mit dem Ziel, den Studierenden für ihren künftigen Berufsalltag aufzuzeigen, in welchen Fragestellungen im Zusammenhang mit Krankentaggeld- und Unfallversicherungen Unterstützung vom Ombudsman geholt werden kann, was sie selber tun können, und worauf sie dabei zu achten haben.

Im September 2018 wurde der Ombudsman von der Generalversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht in den Vorstand gewählt. Diese ehrenamtliche Tätigkeit dient nicht nur dazu, einen Beitrag zur Entwicklung des Haftpflicht- und Versicherungsrechts zu leisten, sondern fördert auch den wichtigen wissenschaftlichen Austausch der Ombudsstelle mit seinen Mitgliedern.

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

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. Bis im Sommer 2018 war der Ombudsman zudem Mitglied einer Arbeitsgruppe im SIF (Staatssekretariat für internationale Finanzfragen), welche Vorbereitungsarbeiten für die Revision des VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) durchführte.

Die Pflege der Kontakte mit ausländischen und internationalen Institutionen im aussergerichtlichen Streitbeilegungsbereich erfolgte im Berichtsjahr in Stellvertretung des Ombudsman durch Herrn RA Urs Bucher.

# Mutationen im Stiftungsrat

Im Berichtsjahr trat Herr Thomas Mäder nach 10-jähriger Amtszeit als Branchenvertreter der Suva per Ende 2018 aus dem Stiftungsrat zurück. Herr Mäder hat sich aktiv für die Belange der Ombudsstelle und deren Unabhängigkeit eingesetzt. Es gebührt ihm unser aufrichtiger Dank für seine wertvolle Tätigkeit. Für seine Zukunft begleiten ihn unsere besten Wünsche.

Als Nachfolgerin von Herrn Thomas Mäder als Branchenvertreterin der Suva wählte der Stiftungsrat im November 2018 Frau Petra Huwiler per 1.04.2019 neu in den Stiftungsrat.

## Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Rolf Schweiger

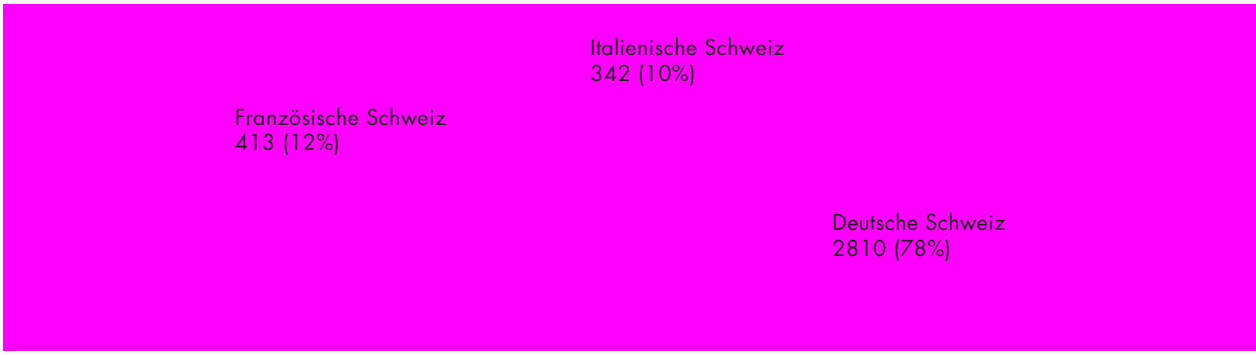
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

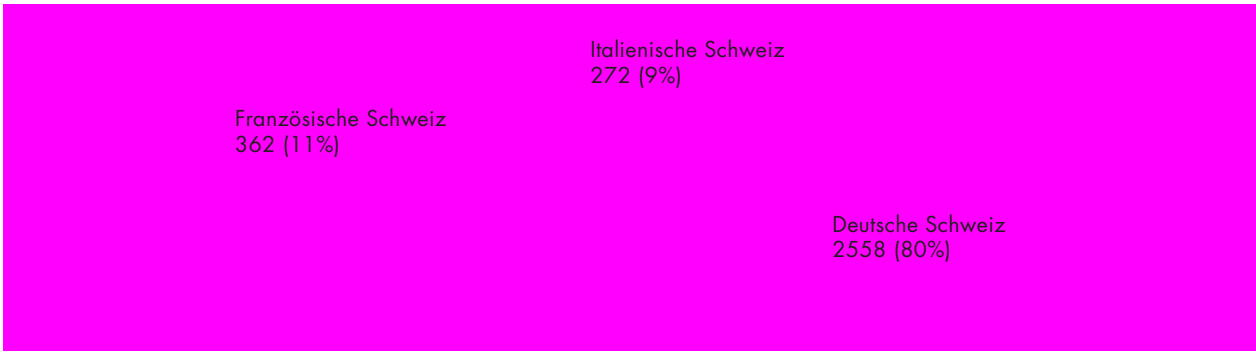
Zürich, März 2019

# Statistiken 2018

## Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche




## Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle




## Tätigkeit 2008 bis 2018

# Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2019)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG (jetzt Chubb Versicherungen (Schweiz) AG)
Agrisano Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
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 (jetzt CAP 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)
Great Lakes Insurance SE, Swiss branch
Groupe Mutuel Leben GMV AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (ausser Krankenkasse)
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 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 (jetzt Palladio)
Zürich
Zürich Leben

www.deux-piece.ch

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
8001 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
Corso Elvezia 7
Casella postale 5371
6901 Lugano

Tel: 091 967 17 83
Fax: 091 921 13 02
E-Mail: help@ombudsman-assicurazione.ch

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