/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2019

47. 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 (Stand zum 31.12.2019)	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Versicherung, Pully Petra Huwiler, Leiterin Versicherungsleistungen Suva, Root Francis Matthey, a. Staatsrat und a. Nationalrat, La Chaux-de-Fonds 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, Assistenz
Zweigstellen Französische Schweiz	Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat
Italienische Schweiz	Avv. Marco Cereghetti

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Das Berichtsjahr 2019 war ein anspruchsvolles und spannendes Geschäftsjahr. Intensiv war einerseits die gestiegene Anzahl der Anfragen an die Ombudsstelle und die zunehmende Anspruchshaltung von vielen Versicherten, aber auch interne Projekte. Die rasche Digitalisierung der Gesellschaft erforderte eine Anpassung unserer eigenen Prozesse an die zunehmende elektronische Kommunikation, die damit verbundenen Bedürfnisse der Versicherten und die digitalen Entwicklungen in der Versicherungsbranche.

Dennoch ist es uns gelungen, die uns unterbreiteten Anfragen und Beschwerden wie bis anhin speditiv zu erledigen. Dies war nur möglich, weil nebst dem Personal der Ombudsstelle auch die grosse Mehrheit der uns angeschlossenen Versicherer für eine rasche und seriöse Bearbeitung unserer Interventionen gesorgt haben.

Leider gibt es aber vermehrt Behörden, welche den Versicherern in Überschreitung ihrer Kompetenzen Auflagen erteilen, welche die Arbeit der Versicherer, aber auch diejenige der Ombudsstelle erschweren. Konkret geht es um Auflagen bzw. Verbote durch die Eidgenössische Invalidenversicherung und die Polizei, welche bei Aushändigung von IV-Akten und Polizeirapporten an die Versicherer ausgesprochen werden. Dies indem den Versicherern untersagt wird, die betreffenden Akten an Dritte auszuhändigen. Dies führt dazu, dass die Mitarbeitenden der Versicherer sogar von fehlender Ermächtigung zur Weiterleitung der betreffenden Akten an die eigenen Versicherten ausgehen. Meiner Meinung nach könnten diese als Direktbetroffene, nicht jedoch als «Dritte» bezeichnet werden. Die Versicherer befürchten zudem, dass sie bei Missachtung solcher Verbote künftig die erforderliche Akteneinsicht nicht mehr erhalten.

Als Ombudsman kann ich es zwar nachvollziehen, wenn die Mitarbeitenden der Versicherer dadurch verunsichert oder gar eingeschüchtert sind. Sie wollen ihre Arbeit korrekt ausführen. Wenn vom Versicherer solche Verbote beachtet werden, führt dies jedoch einerseits dazu, dass die Versicherer den Sachverhalt, auf den sie eine Ablehnung abstützen, in entsprechenden Fällen nicht mehr belegen. Dies ist mit den Beweislastregeln nicht vereinbar.

Andererseits sind die Versicherer im Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit Inhaber von Datensammlungen. Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz sind also auf sie anwendbar. Die Versicherer sind daher gemäss Art. 8 DSG gegenüber den Versicherten zur Bekanntgabe der über sie vorhandenen Daten in ihrer Datensammlung verpflichtet. Anders wäre die Rechtslage nur zu würdigen, wenn der Versicherer nach Art. 9 DSG berechtigt wäre, die Auskunft aufgrund eines

formellen Gesetzes oder aufgrund überwiegender Interessen Dritter zu verweigern. Dies ist in der uns bekannten Praxis meistens nicht der Fall. **Zusammengefasst haben die Versicherer schon gestützt auf die Datenschutz-Gesetzgebung einen eigenen Entscheid darüber zu fällen, wem sie welche Daten aushändigen dürfen.**

Für Auflagen und Verbote durch die Eidgenössische Invalidenversicherung und die Polizei, welche mit der geltenden Datenschutz-Gesetzgebung und den Beweislastregeln nicht vereinbar sind, besteht somit keine Grundlage.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre des Jahresberichts 2019. 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 2019

Im Berichtsjahr 2019 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3192 auf 3350 gestiegen (4,9%).

2958 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 392 der 1501 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 26,1%). Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 60,2%. Der höchste Streitwert bei den Interventionsfällen betrug CHF 425'000.– und der tiefste strittige Betrag CHF 96.–.

Der Hauptschwerpunkt unserer Tätigkeit lag wie in den Vorjahren bei den Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von 52,8%. Eine markante Zunahme der Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr von 34% konnte in der Rechtsschutz-Branche verzeichnet werden, wo eine strenge Schadenpraxis der Versicherer und eine zunehmende Anspruchshaltung von Versicherten aufeinandertreffen. Zahlenmässig am meisten zugenommen haben die Anfragen im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung/UVG, welche von 694 auf 869 (d.h. um 25,2%) gestiegen sind. Die im Jahresbericht 2018 erwähnten Anfragen von Sportvereinen mit dem Problem, für ihr AHV-pflichtiges Personal eine UVG-Versicherung zu finden, haben zwar abgenommen, sind aber noch nicht behoben.

Erstmals wurden der Ombudsstelle Beschwerden aus Hypothekardarlehensverträgen gegen einen Versicherer unterbreitet, welcher Negativzinsen bei der Berechnung der Vorfälligkeitsentschädigung berücksichtigte, die bei vorzeitiger Auflösung einer Festzinshypothek anfiel.

Schwer nachvollziehbar waren vereinzelte Probleme mit Reiseversicherern. So mit einem Versicherer, der trotz Versicherungsdeckung für notfallmässig anfallende Heilungskosten im Ausland die Kostenübernahme für ein von einem Spital verschriebenes Antibiotikum ablehnte, weil dieses in der Schweiz nicht zugelassen sei. Kein Verständnis hatte der Ombudsman für einen Versicherer, dem er dank der Beschwerde einer Versicherten aufzeigen konnte, dass bei Online-Abschlüssen fehlerhafte Policen ausgestellt werden. Der Versicherer behob diesen Fehler jedoch erst nach monatelangem Zuwarten und Druck der von der Versicherten eingeschalteten Medien im Tessin.

Problematisch war auch die Leistungsablehnung eines Versicherers, der die Deckung für einen Fahrraddiebstahl im Velounterstand eines Bahnhofs ablehnte, weil dem Betroffenen am selben Ort bereits einmal ein Fahrrad gestohlen worden war.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2019
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
Bereich Privatversicherungen 8
– Leben-Bereich 8
– Nichtleben-Bereich 10
UVG-Bereich und die Militärversicherung 16
Bereich berufliche Vorsorge 19

Die Zweigstellen
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 21
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 23

Weitere Aktivitäten 26

Statistiken 2019
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 27
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 27
Tätigkeit 2009 bis 2019 27

Angeschlossene Gesellschaften 28

Übersicht über das Berichtsjahr 2019

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2019 wurden der Ombudsstelle 3703 (Vorjahr 3565) Anliegen und Beschwerden unterbreitet.

Anfragen total				3703	(3565)
Zuständigkeit				3350	(3192)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1849	(1786)		
	• davon schriftlich	1109	(1063)	2958	(2849)
Interventionen				392	(343)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Berichtsjahr von 3192 auf 3350 (4,9%) gestiegen. Diese Veränderung der Fallzahlen liegt insgesamt im Bereich der üblichen Schwankungen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 373 auf 353 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 36. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt dementsprechend ca. 99% des Retailkunden-Geschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	**2019**	A	B	C	D	2018
Autohaftpflicht	**265**	44	47	143	31	238
Arbeitslosigkeit	**2**		1	1		0
Diebstahl	**57**	11	7	34	5	48
Fahrzeugkasko	**177**	26	14	59	78	184
Feuer/Elementar	**18**	3	1	12	2	28
Gebäude/Glas	**56**	19	3	27	7	49
Haftpflicht	**217**	38	9	137	33	243
Hausrat	**92**	29	20	26	17	99
Handy	**14**		1	5	8	12
Hypothek	**14**	7	3	2	2	6
Kaution	**2**	1			1	3
Krankheit	**565**	102	51	301	111	649
Leben	**240**	103	10	62	65	251
Maschinen	**0**					0
Rechtsschutz	**414**	72	37	208	97	309
Reise	**147**	17	2	108	20	162
Schmuck	**1**			1		2
Tiere	**15**	4	3	8		12
Transport	**3**			3		2
Unfall privat	**30**	6	3	15	6	44
Wasser	**68**	9	1	51	7	74
Kreditgarantie	**18**			9	9	6
Garantie	**1**	1				5
UVG	**869**	18	4	587	260	694
BVG	**65**	9	1	27	28	72
	3350	**519**	**218**	**1826**	**787**	**3192**

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	**2019**	2018	2017	2016	2015
UVG	**869**	694	718	709	559
Krankheit	**565**	649	654	621	533
Rechtsschutz	**414**	309	293	328	283
Autohaftpflicht	**265**	238	277	295	234
Leben	**240**	251	318	298	279
Allgemeine Haftpflicht	**217**	243	227	235	207

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2019 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	2025	(1965)
Frauen	1544	(1414)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	134	(186)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2019	2018	Differenz
Deutsche Schweiz	2917	2810	+ 107
Französische Schweiz	433	413	+ 20
Italienische Schweiz	353	342	+ 11
Total	**3703**	**3565**	**+ 138**

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2019	2018	Differenz
Deutsche Schweiz	2641	2558	+ 83
Französische Schweiz	379	362	+ 17
Italienische Schweiz	330	272	+ 58
Total	**3350**	**3192**	**+ 158**

Die Zunahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 3192 auf 3350 (4,9%) betraf sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich als auch die französisch- und italienischsprachige Zweigstelle. In Zürich sind die Fallzahlen um 3,2% gestiegen, in Lausanne um 4,7% und in Lugano um 21,3%.

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 343 auf 392 gestiegen. Mehrfach-Interventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als eine Intervention erfasst.

	2019	2018	Differenz
Deutsche Schweiz	338	303	+ 35
Französische Schweiz	31	30	+ 1
Italienische Schweiz	23	10	+ 13
Total	**392***	**343**	**+ 49**

*Davon waren Ende 2019 insgesamt 372 (95%) abgeschlossen.

Interventionsquoten (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)

Privatversicherung	25,51%	(24,30%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	28,48%	(24,55%)
Sammelstiftungen BVG	21,87%	(25,53%)

Wert des Vorjahres in Klammer

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 53 Fällen (15,4%) auf 68 (17,3%) zugenommen.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	Total
Autohaftpflicht	226	35	4		39
Arbeitslosigkeit	2				0
Hausrat	85	7			7
Handy	12	2			2
Diebstahl	47	7	2	1	10
Elementar	6	4			4
Feuer	8				0
Kasko	162	10	5		15
Gebäude	44	5	3		8
Glas	2	2			2
Garantie	1				0
Haftpflicht	205	10	2		12
Krankheit	496	56	7	6	69
Kaution	2				0
Kreditgarantie	17	1			1
Hypothek	13	1			1
Leben	213	26	1		27
Maschinen	0				0
Reise	121	22	4		26
Rechtsschutz	369	34	11		45
Schmuck	1				0
Transport	2	1			1
Tier	13	2			2
Unfall privat	24	6			6
Wasser	58	8	2		10
UVG	771	81	16	1	98
BVG	58	4	3		7
Insgesamt	**2958**	**324**	**60**	**8**	**392**

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2019 abgeschlossenen 372 (324) Interventionen war in 224 (220) Fällen positiv und in 136 (96) Fällen negativ. In 12 (8) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst.

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit 60,2% (67,9%). Der Rückgang dieser Gesamt-Erfolgsquote ist massgeblich darauf zurückzuführen, dass in der stark gestiegenen Anzahl der UVG-Fälle nur bei knapp 50% aller Interventionen ein positives Ergebnis erzielt werden konnte. Dies wiederum hängt damit zusammen, dass das UVG zu den Sozialversicherungen gehört, bei denen weit weniger Verhandlungsspielraum besteht als im privaten Versicherungsbereich.

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 in seiner Stellungnahme dargelegten Gründe nachvollziehen. Nur in seltenen Einzelfällen musste der Ombudsman der Beschwerde führenden Partei empfehlen, einen Anwalt beizuziehen oder seine allfällig vorhandene Rechtsschutzversicherung einzuschalten. Eine solche Empfehlung erfolgt 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.

Die Qualität der Zusammenarbeit 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. Wenn es vereinzelt Probleme in der Zusammenarbeit gab, konnten diese überwiegend rasch gelöst werden. Die Stellungnahmen der Gesellschaft waren dementsprechend qualitativ in der grossen Mehrheit der Fälle fundiert und erfolgten nach ernsthafter und seriöser Prüfung unserer Interventionen.

Nicht befriedigend war die Zusammenarbeit lediglich in Einzelfällen. Dies war beispielsweise 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 führten ab und zu auch die digitalen Prozesse von Versicherern, indem unsere Interventionen vom IT-System des Versicherers direkt den bisherigen Sachbearbeitenden anstatt der als Adressat bezeichneten Ansprechperson der Ombudsstelle zugewiesen wurden. Dies führte zu Verzögerungen, welche durch gezielt eingeleitete Massnahmen künftig jedoch vermieden werden können. Kein Verständnis hatte der Ombudsman für einen Versicherer, dem er dank der Beschwerde einer Versicherten aufzeigen konnte, dass bei Online-Abschlüssen fehlerhafte Policen ausgestellt werden. Der Versicherer behob diesen Fehler jedoch erst nach monatelangem Zuwarten und Druck der Medien im Tessin.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle durch die Versicherer bleibt unverändert. Im Personenversicherungsbereich dauert sie ca. vier bis sechs Wochen. In den anderen Bereichen beträgt sie zwei bis vier Wochen.

Bei einzelnen UVG-Versicherern beträgt die durchschnittliche Bearbeitungszeit leider nach wie vor sechs bis zwölf Wochen. Der Ombudsman erachtet eine entsprechende durchschnittliche Bearbeitungsdauer als zu lang. Er ist der Auffassung, dass Interventionsfälle der Ombudsstelle mit hoher Priorität zu bearbeiten sind. Dies weil die speditive Bearbeitung einer Beschwerde einiges dazu beiträgt, dass sich die versicherte Person ernst genommen fühlt, und dadurch auf emotionaler Ebene eine Deeskalation der Meinungsverschiedenheit erreicht wird.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Bereich Privatversicherungen

Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2019 (von 251 auf 240) erneut gesunken. Anlass zu einer Intervention gaben 27 Fälle (32). Diese waren zu 54% erfolgreich und führten somit überwiegend zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei.

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

Säule 3b – Steuerschaden aufgrund mangelhafter Beratung beim Vertragsabschluss über die Steuerfolgen / Besteuerung des Ertrags aus der gemischten Lebensversicherungspolice infolge Auszahlung vor Erreichen des Alters 60

In einzelnen Fällen stand der Vorwurf von Versicherungsnehmern im Raum, sie seien beim Vertragsabschluss nicht korrekt über die Steuerfolgen bei einer Auszahlung der Erlebensfallleistung vor Erreichen des Alters 60 informiert worden.

Einer dieser Fälle betraf einen Beschwerdeführer, der per 1.01.1997 mit einer Einmalprämie eine gemischte Lebensversicherungspolice mit Laufzeit bis Ende 2016 abgeschlossen hatte. Nach Fälligkeit der Erlebensfall-Zahlung stellte er fest, dass der Kapitalertrag nur bei Auszahlung der Versicherungsleistung ab dem vollendeten 60. Altersjahrs steuerfrei gewesen wäre. Im vorliegenden Fall war das der 12.02.2017, also 40 Tage nach Ablauf der Police. Nachdem der Beschwerdeführer Kenntnis vom Steuerschaden von ca. CHF 10'000.– hatte, machte er diesen gegenüber dem Lebensversicherer geltend. Dieser lehnte die Schadenersatzforderung indes ab.

Die Ombudsstelle wies in ihrer Intervention darauf hin, dass die Kriterien für die Steuerbefreiung bereits beim Vertragsabschluss im Jahr 1997 bekannt gewesen sind, und dass dies auch dem Versicherer bekannt gewesen sein musste.

Bei den Steuervorteilen handle es sich zudem um zentrale Informationen zu Versicherungsprodukten. So werbe auch der Versicherer auf seiner Webseite bei den Lebens- und Sparversicherungen mit Steuervorteilen. In Bezug auf erhebliche Tatsachen, welche der Verhandlungspartner nicht kenne und nicht zu kennen verpflichtet sei, die aber ihren Entscheid über den Vertragsschluss oder dessen Bedingungen beeinflussen können, bestehe eine (aus dem Täuschungsverbot abgeleitete) Aufklärungs- und Informationspflicht. Der Versicherer sei aufgrund seines fachlichen Wissensvorsprungs gegenüber den Verhandlungspartnern nach Treu und Glauben gehalten, letztere vor Vertragsabschluss darüber aufzuklären. Unterlasse er dies, hafte der Versicherer nach den Regeln der Vertragshaftung.

In der Folge erklärte sich der Versicherer für den Vergleichsfall unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, sich an den auf den Ertrag anfallenden Steuern hälftig zu beteiligen. In seiner Begründung wies er insbesondere darauf hin, dass die Beratung beim Vertragsabschluss nicht durch ihn, sondern durch einen Versicherungsbroker durchgeführt worden sei, und dass der Versicherungsantrag im Zusammenhang mit der Finanzierung eines Eigenheims gestanden habe. Eine steuerfreie Vorsorgeplanung und eine einhergehende Beratung sei daher beim Vertragsabschluss wohl nicht im Fokus gestanden.

Nach Prüfung der Stellungnahme teilte der Ombudsman dem Beschwerdeführer mit, dass er bisher keine Kenntnis davon hatte, dass ein (vom Versicherer rechtlich unabhängiger) Versicherungsbroker die Beratung beim Vertragsabschluss durchgeführt hatte. Die Verantwortung für eine korrekte Beratung beim Vertragsabschluss

trug daher einerseits der Versicherungsbroker. Andererseits hatte aber auch der Versicherer Kenntnis vom Geburtsdatum und dem Alter des Beschwerdeführers. Der Versicherer hätte daher im Rahmen der Antragsprüfung wegen des vorgesehenen Ablaufdatums der Police nochmals mit dem Antragssteller Kontakt aufnehmen können, um das Ablaufdatum unter Berücksichtigung der Steuerfolgen nochmals zu klären. Aufgrund der gesamten Umstände des Falles erachtete der Ombudsman den Vergleichsvorschlag des Versicherers daher als fair, worauf der Beschwerdeführer diesen akzeptierte.

Hypothekar-Verträge / Beanstandete Berücksichtigung von Negativzinsen bei Vorfälligkeitsentschädigungen durch den Versicherer

Einzelne Beschwerden betrafen Streitigkeiten aus Hypothekarverträgen mit Lebensversicherungs-Gesellschaften. Meistens ging es dabei um die Frage, ob die infolge vorzeitiger Auflösung von Festzinshypotheken vom Versicherer geforderten Vorfälligkeitsentschädigungen zu hoch sind oder nicht. Eine Beschwerdeführerin berichtete, sie habe dem Lebensversicherer ein Gesuch um Rückzahlung einer zu hohen Vorfälligkeitsentschädigung im Zusammenhang mit einer Hypothek gestellt. Es ging dabei um den Einbezug von Negativzinsen in die Berechnung. Die Gesellschaft lehnte jedoch eine Rückzahlung ab, weil gemäss der Berechnungsformel auch Negativzinsen berücksichtigt werden könnten. Die Betroffene wandte sich an die Ombudsstelle und stützte ihre Forderung auf ein Urteil des Bezirksgerichtes Zürich vom 28.09.2018.

Gemäss Ziff. 8 Abs. 2 der massgeblichen Allgemeinen Bestimmungen für Hypothekardarlehen vom Mai 2012 errechnet sich der Zinsvorteil bzw. -ausfall aus der Differenz zwischen dem vertraglich vereinbarten Hypothekarzinssatz und dem Zinssatz, der im Zeitpunkt der Rückzahlung bei einer Wiederanlage am Geld- und Kapitalmarkt für die Dauer der vertraglich vereinbarten Restzeit erzielt werden kann.

Fraglich war daher, was unter dem Zinssatz, der erzielt werden kann, zu verstehen ist. Im erwähnten Entscheid kam der zuständige Richter zum Schluss, damit seien keine Negativzinsen gemeint. Einerseits bedeute schon das Wort «erzielen» eine positive Rendite. Andererseits seien im Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages Negativzinsen noch kein Thema gewesen. Der unbeschwerte Laie habe deshalb nicht von solchen ausgehen müssen.

Die Ombudsstelle betrachtete diesen erstinstanzlichen Gerichtsentscheid als vertretbar. Gleichzeitig konnte sie indes auch die Auslegung der Bestimmungen zur Vorfälligkeitsentschädigung durch den Versicherer nachvollziehen. Die Ombudsstelle wandte sich daher an den Versicherer und machte geltend, es handle sich um einen Zweifelsfall, welcher gemäss den Grundsätzen zur Auslegung von AGB «contra stipulatorem» ausgelegt werden sollte.

Wir empfahlen dem Versicherer daher, auf die für die Beschwerdeführerin günstigere Variante abzustellen. Eine Rückzahlung der Negativzinsdifferenz erscheine uns insbesondere deshalb als angemessen, weil es sich hier um einen Vertrag aus dem Jahr 2012 handle. Der Versicherer lehnte indes jegliches Entgegenkommen ab.

In der Zwischenzeit hatte sich das Obergericht Zürich in einem analogen Fall gegen eine Bank dem Vorentscheid des Bezirksgerichts Zürich angeschlossen.

Empfehlung an die Versicherer:
Der Ombudsman empfiehlt daher den Versicherungs-Gesellschaften, welche Hypothekardarlehen gewähren, bei der Berechnung von Vorfälligkeitsentschädigungen keine Negativzinsen zu berücksichtigen, wenn der aufzulösende Hypothekarvertrag vor der Einführung von Negativzinsen im Jahr 2015 abgeschlossen worden ist.

Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen wie in den Vorjahren Anfragen zum Nachweis und zur Höhe des Schadens im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zu Vertragskündigungen, zum Vertragsabschluss und zum Deckungsumfang.

Fahrradversicherung – Ist man für das Risiko Fahrraddiebstahl in einem Velounterstand eines Bahnhofs noch versichert, wenn einem am selben Ort bereits ein Fahrrad gestohlen worden war?

Einige Beschwerdefälle im Zusammenhang mit Sachversicherungen betrafen Velodiebstähle. In einem Fall stellte ein Lehrling sein Velo im November 2018 beim Velounterstand eines Bahnhofs im Kanton Bern ab. Dort fixierte er das Fahrrad mit einem Faltschloss an der fest verankerten Stahlvorrichtung. Als er später zum Velounterstand zurückkehrte, war sein Fahrrad gemäss seiner Schadenmeldung verschwunden.

Nach Diebstahlanzeige bei der Polizei und Anmeldung des Schadens lehnte sein Fahrrad-Versicherer den geltend gemachten Diebstahl-Schaden ab. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, der Versicherte habe gegen seine Schadenminderungspflicht verstossen. Dies weil er das Fahrrad am Bahnhof abgestellt habe, obschon ihm dort schon einmal ein Fahrrad gestohlen worden sei. Seine Sachverhaltsdarstellung sei zudem in hohem Mass unglaubwürdig. Insbesondere bestünden Zweifel an seiner Aussage, dass er das Geld dringend benötige, um sich ein neues Fahrrad für die Arbeit zu besorgen.

Damit war der Versicherte nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Die Ombudsstelle betrachtete die Sachdarstellung des Beschwerdeführers als überwiegend wahrscheinlich. Sie intervenierte daher beim Versicherer und teilte diesem mit, dass ihrer Meinung nach der Deckungsausschluss wegen grobfahrlässiger Schadenherbeiführung nicht anwendbar sei. Der Beschwerdeführer habe die ihm zumutbaren Obliegenheiten gemäss den erhaltenen Informationen erfüllt. Er habe gemäss seinen Angaben ein sehr starkes Schloss verwendet, und dies in einer modernen Veloabstellanlage. Nach Entdecken des Diebstahls habe er sich zudem beim Bahnschalter erkundigt, ob der Velounterstand videoüberwacht sei. Dies sei zwar verneint worden. Der Bahnhof werde jedoch gelegentlich durch eine Polizeipatrouille kontrolliert. Unabhängig davon sei für die Ombudsstelle nicht nachvollziehbar, weshalb ein Lehrling nicht auf Versicherungsleistungen angewiesen sein soll, um sich ein neues Fahrzeug zu kaufen, und was dieser Umstand mit der Plausibilität der Sachverhaltsschilderung zu tun haben soll.

Der Versicherer hielt an seiner ablehnenden Position fest und machte geltend, eine erhöhte Gefahr von Velodiebstählen an Bahnhöfen sei allgemein bekannt. Um so mehr müsse mit einem unrechtmässigen Entwenden gerechnet werden, wenn es sich um ein exklusives oder teures Fahrrad handle, welches am genannten Ort täglich ausgestellt sei, was noch mehr Diebe anlocke. Faltschlösser seien zwar robust, würden jedoch keinen weitläufigen Schutzfaktor darstellen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass dem Versicherten kurz zuvor bereits ein wertvolles Fahrrad gestohlen worden sei, sei dieser verpflichtet gewesen, dieses dort nicht wiederholt und während der ganzen Arbeitszeit abzustellen.

Nachdem der Versicherer dem Ombudsman telefonisch bekannt gab, dass er nach wie vor Zweifel an der Sachdarstellung des Versicherten habe und definitiv an seiner Position festhalte, teilte dieser dem Beschwerdeführer mit, dass er den Standpunkt des Versicherers in rechtlicher Hinsicht nicht teile. Seiner Meinung nach liege insbesondere keine grobfahrlässige Schadenherbeiführung vor, welche gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zu einem Deckungsausschluss führe.

Kaskoversicherung – Auslandschäden – Grüne Karte

Mehrere Anfragen im Berichtsjahr zeigten, dass sich motorfahrzeugversicherte Personen nicht im Klaren sind, was die Bedeutung der «Grünen Karte» ist. So in einem Fall, in welchem ein Kunde eines schweizerischen Motorfahrzeugversicherers in Tunesien einen Schaden infolge Vandalismus erlitt. Nebst den gemeldeten Schäden am Auto wurden aus diesem Auto auch verschiedene Gegenstände gestohlen. Sein Motorfahrzeug-Versicherer lehnte den geltend gemachten Kasko-Schaden jedoch ab, weil gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB kein Versicherungsschutz für Kaskoschäden in Tunesien bestehe. Damit war der Versicherte nicht einverstanden, weil seine «Grüne Karte» in Tunesien gelte. Er wandte sich an die Ombudsstelle. Diese musste dem Betroffenen mitteilen, dass der Zweck des als Grüne Karte bezeichneten Versicherungsdokuments lediglich darin bestehe, bei der Einreise in einen ausländischen Staat zu bescheinigen, dass das auf der Karte bezeichnete Fahrzeug mit einer ausreichenden Haftpflichtdeckung versehen ist. Aus der grünen Karte kann daher nichts bezüglich der Kaskoversicherung abgeleitet werden.

Empfehlung an Versicherer:
Da die Angaben der Kasko-Versicherer zum örtlichen Geltungsbereich der Kasko-Deckung für Rechtsunkundige nicht immer einfach verständlich sind, empfiehlt der Ombudsman, entweder in den vorvertraglichen Informationen oder den AVB klar darauf hinzuweisen, wenn der örtliche Geltungsbereich von demjenigen der grünen Karte abweicht.

Private Unfallversicherung – Unzulässige einseitige Vertragsänderung durch den Versicherer infolge allzu pauschal formulierter Vertragsanpassungsklausel in den Vertragsbedingungen

Die Medienberichte zur laufenden Revision des VVG während des Frühjahrs 2019 haben zu verschiedenen Beschwerden im Zusammenhang mit unzulässigen einseitigen Vertragsänderungen geführt. Einer dieser Fälle betraf eine private Unfallversicherung. Die Versicherte berichtete, dass ihr Unfallversicherer bereits vor einiger Zeit die Todesfallsumme von CHF 400'000.– auf 50'000.– herabgesetzt habe. Zur Begründung führte er seinerzeit aus, dass die Vertragsanpassung aus «technischen Gründen» erfolge. Weitere Transparenz wurde nicht hergestellt. Die Frage der Versicherungsnehmerin, ob ihr Eintritt ins ordentliche AHV-Rentenalter die Vertragsanpassung beeinflusst habe, verneinte der Versicherer. Die weiteren Beschwerden der Versicherten blieben erfolglos. Aufgrund der zur Kenntnis genommenen erwähnten Medienberichte ersuchte sie deshalb die Ombudsstelle um Vermittlung mit dem Unfallversicherer.

Bei der Prüfung des Falles stellte der Ombudsman fest, dass die massgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zwar die Option des Versicherers enthielten, die versicherten Leistungen abzuändern, wenn der Prämientarif sich ändert oder die Versicherungsnehmerin das ordentliche AHV-Alter erreicht. Darüber, wie bzw. in welchem Umfang die Versicherungsleistungen gegebenenfalls angepasst werden dürfen, äusserten sich die AVB jedoch nicht.

Der Ombudsman intervenierte daher beim Versicherer und gab diesem seine Auffassung bekannt, wonach die AVB die geltenden Anforderungen des Bundesgerichts an einseitige Vertragsänderungen seiner Meinung nach nicht erfüllen. Gleichzeitig verwies er auf BGE 135 III 1 ff., Erwägung 2.5, der insbesondere folgendes festhält:

«2.5 Rechnen die Parteien bei Vertragsabschluss mit künftigen Ereignissen, können sie für diesen Fall eine Anpassung vertraglich vorsehen. Dadurch wird der einen Partei das (Gestaltungs-)Recht eingeräumt, vom Prinzip der Vertragstreue abzuweichen und einseitig die Vertragsbestimmungen zu

ändern. Damit Anpassungsklauseln aber überhaupt gültig sind, müssen regelmässig sowohl das erwartete Ereignis als auch der Umfang der Anpassung vertraglich bestimmt werden; denn ein Vertrag kommt nur zustande, wenn Leistungsinhalt sowie -umfang mindestens bestimmbar sind und so auch erfüllt werden können. Ein undefiniertes Gestaltungsrecht zur einseitigen Abänderung vertraglicher Leistungspflichten widerspräche der Natur und dem Zweck des Vertrags, mit dem Rechte und Pflichten jeder Vertragspartei gerade definiert werden sollen».

Im konkreten Fall bestand keine vertragliche Grundlage dafür, bei einer Änderung des Prämientarifs sowohl die Leistungen auf 1/8 des bisherigen Niveaus (CHF 400'000.–) als auch gleichzeitig die Prämie von CHF 280.– auf CHF 100.– zu reduzieren. Gestützt auf die erwähnte Rechtsprechung wies der Ombudsman daher darauf hin, dass die vorgenommene Reduktion der Police in keiner Relation zur bisherigen Prämie und Versicherungsleistung stehe.

Dies wäre beispielsweise dann der Fall gewesen, wenn bei einer Verdoppelung der vom Versicherer zu tragenden Gesamt-Risikokosten entweder die Prämie verdoppelt oder die Versicherungsleistungen um 50% reduziert worden wären, oder wenn diese beiden Elemente entsprechend kombiniert worden wären.

Der Ombudsman schlug daher dem Versicherer vor, im Interesse beider Parteien eine gütliche Lösung zu finden, worauf sich diese darüber einigen konnten, die Prämie wieder von CHF 100.– auf CHF 280.– anzupassen, dies verbunden mit einer damit korrelierenden Erhöhung der Todesfallleistung von CHF 50'000.– auf CHF 140'000.–.

Reiseversicherung – Übernahme von notfallmässigen Behandlungs- und Spitalkosten im Ausland

Ein Ferienreisender unternahm eine Velotour in Deutschland. Zu diesem Zweck schloss er vorgängig eine Reiseversicherung ab. Auf der Reise wurde er von einem Hund gebissen und musste ein Spital aufzusuchen, wo ihm unter anderem ein Rezept für das Antibiotikum Unacid der Firma Pfizer ausgestellt wurde. Nach der Rückkehr in die Schweiz lehnte sein Reiseversicherer die Kostenübernahme für das Medikament sowie spezielles Verbandsmaterial ab. Dies mit der Begründung, die fraglichen Artikel würden in der Schweiz nicht vergütet.

Die Ombudsstelle machte in ihrer Intervention beim Versicherer geltend, dass die anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB eine subsidiäre Deckung für Heilungskosten bei Unfall und Krankheit garantieren, und dass die notfallmässigen Behandlungs- und Spitalkosten zu den am Behandlungsort üblichen Tarifen versichert sind. Dass ein in der Schweiz nicht zugelassenes Medikament im Rahmen der subsidiären Deckung für Heilungskosten im Ausland nicht versichert sein soll, entbehre nach Auffassung der Ombudsstelle einer vertraglichen Grundlage. Da das fragliche Medikament durch das aufgesuchte Spital im Rahmen der Behandlung vor Ort verschrieben worden ist, sollte es vom Versicherer daher übernommen werden. In der Folge lenkte der Versicherer ein und übernahm die geltend gemachten Kosten.

Tierversicherung – Vertraglich geregelte Karenzfrist von 10 Tagen ab Abschluss der Versicherung bei Unfällen

Ein Tierhalter schloss am 17.07.2019 eine Tierversicherung für seinen Hund ab. Am 27.07.2019 erlitt dieser eine Wolfskrallenverletzung und musste tierärztlich behandelt werden. Seine Tierversicherung bestätigte nach Anmeldung des Schadenfalls Mitte Oktober 2019 zunächst die Versicherungsdeckung, nahm wenige Tage danach jedoch Abstand von

ihrer Deckungszusage. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die 10-tägige Karenzfrist noch nicht abgelaufen sei. Damit war der Tierhalter nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle, welche aufgrund der erhaltenen Akten eine Stellungnahme beim Tierversicherer einholte. Nach Vorliegen der Antwort des Versicherers mussten wir dem versicherten Tierhalter mitteilen, dass die Karenzfrist 10 volle Tage beträgt und nicht verkürzt werden kann. Aus diesem Grund gelte der Tag, an dem die Versicherung um ca. 16 Uhr abgeschlossen wurde, nicht als voller Tag. Unabhängig von dieser Überlegung gibt es einen rechtlichen Grund, weshalb die Karenzfrist erst am Ende des 27.07.2019 abgelaufen sein konnte. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) sind die Regeln des OR (Obligationenrecht) für Versicherungsverträge anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält. Das OR sieht in Art. 77 Abs. 1 Ziff. 1 für Verbindlichkeiten und andere Rechtshandlungen, welche befristet sind, insbesondere folgendes vor: Wenn die Frist nach Tagen bestimmt ist, fällt der Zeitpunkt der Verbindlichkeit auf den letzten Tag der Frist, **wobei der Tag, an dem der Vertrag abgeschlossen wurde, nicht mitgerechnet wird**.

Da die Verbindlichkeit, nämlich der Ablauf der Karenzfrist bzw. der Deckungsbeginn, erst nach Ablauf des 27.07.2019 eingetreten war, konnten wir die Position des Versicherers nicht kritisieren.

Branche Rechtsschutzversicherung / Starker Anstieg der Fallzahlen

In der Branche Rechtsschutz-Versicherungen haben die Fallzahlen stark zugenommen (von 309 auf 414). Worauf dieser Anstieg zurückzuführen ist, können wir nicht mit Gewissheit beurteilen. Unabhängig davon stellen wir fest, dass die Enttäuschung von Rechtsschutz-Versicherten nach Erhalt eines ablehnenden Bescheids häufig besonders gross ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn dem abgelehnten Rechtsschutzgesuch eine emotionsgeladene Streitigkeit zugrunde liegt (z.B. arbeitsrechtliche oder mietrechtliche Streitigkeiten), in deren Zusammenhang jetzt zusätzlich auch noch ein Problem mit dem Rechtsschutz-Versicherer besteht.

Rechtsschutzversicherung – Sind Streitigkeiten aus Forderungen gedeckt, nachdem ein Forderungsübergang vertraglich (Zession) oder per Gesetz (Legalzession, Universalsukzession) stattgefunden hat?

Eine Frage, die sich in der Praxis wiederkehrend stellt, betrifft diejenige, ob die Streitigkeit aus einer Forderung, die durch Universalsukzession (z.B. als Alleinerbe von einem Verstorbenen) übernommen wurde, vom eigenen Rechtsschutz-Versicherer gedeckt werden muss. In einem dieser Fälle berichtete ein Beschwerdeführer, seine Ehegattin sei im März 2018 verstorben; er sei ihr Alleinerbe. Im November 2018 habe er bei ihrer Krankenkasse Forderungen gestellt, auf welche diese nicht reagiert habe. Aus diesem Grunde habe er seinen Rechtsschutz-Versicherer gebeten, das Inkasso der betreffenden Forderungen zu übernehmen. Dieser habe die Deckung mit der Begründung abgelehnt, dass es sich vorliegend um eine abgetretene Forderung handle, welche gemäss dem Wortlaut der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB von der Deckung ausgeschlossen sei.

Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden, da eine Universalsukzession nicht mit der Abtretung einer Forderung verglichen werden könne. Der Ombudsman teilte diese Auffassung. Er bestätigte dem Versicherer in seiner Intervention zunächst, dass es naheliegend sei, dass zedierte Forderungen nicht gedeckt sind, damit Missbräuche verhindert werden können. Ein Forderungsübergang infolge Erbgangs könne jedoch auch nach Auffassung der Ombudsstelle nicht mit der Abtretung einer Forderung durch einen Dritten verglichen werden; vielmehr handle es sich um einen Forderungserwerb von Gesetzes wegen infolge Universalsukzession; dabei sei eine Missbrauchsgefahr ausgeschlossen.

Hinzu komme, dass nach Auffassung der Ombudsstelle auch unabhängig von diesen Überlegungen Deckung gewährt werden müsste. Auf Basis der Akten müsse nämlich davon ausgegangen werden, dass das Rechtsschutzbedürfnis gegenüber der Krankenkasse erst nach erfolgter Universalsukzession und nach Inkrafttreten der Police des Beschwerdeführers eingetreten sei. Die entsprechende Deckungsvoraussetzung sei also erfüllt. Die Ombudsstelle frage sich daher, ob die Deckung im konkreten Fall nicht selbst dann, wenn Streitigkeiten aus Forderungen, die durch Universalsukzession erworben wurden, keine Deckung begründen würden, gewährt werden müsste.

In der Folge kam der Rechtsschutz-Versicherer nach vertiefter Prüfung des Sachverhalts entgegen und eröffnete den Fall gegen die involvierte Krankenkasse wieder.

Rechtsschutz-Versicherung – Versicherungsdeckung nach Betriebsaufgabe

Ein aus Sicht der Ombudsstelle problematisches Thema betrifft Selbständigerwerbende, welche (z.B. altershalber) ihren Betrieb aufgeben. Ein Betroffener berichtete uns, dass er und seine Frau den Hotel- und Restaurantbetrieb, in dem sie eingemietet waren, gesundheitsbedingt aufgeben mussten und per Betriebsaufgabe auch den Mietvertrag mit der Gemeinde kündigten. Zum gleichen Zeitpunkt wurde auch die Rechtsschutz-Police aufgehoben.

In der Folge entstand eine Rechtsstreitigkeit mit der Gemeinde bezüglich der erhaltenen Schlussabrechnung aus dem Mietverhältnis. Der Rechtsschutzversicherer lehnte den beantragten Rechtsschutz gegen die Gemeinde jedoch ab, weil das Rechtsschutzbegehren nicht während der Vertragsdauer gestellt worden sei.

Nach Erhalt der Beschwerde des Betroffenen holte die Ombudsstelle mehrere Stellungnahmen beim Rechtsschutz-Versicherer ein. Dieser hielt dabei definitiv an seiner Deckungsablehnung fest, weil eine der sogenannten Stufengefahren, d.h. der Bedarf nach Rechtsschutz, erst nach Vertragsbeendigung eingetreten sei. Er wies dabei insbesondere darauf hin, dass Rechtsschutz-Versicherungen im Gegensatz zu Berufshaftpflichtversicherungen in der Regel keine Vorrisiko- oder Nachrisikodeckung vorsehen.

Die Ombudsstelle musste dem Versicherten nach vertiefter Prüfung des Falles mitteilen, dass die Position des Versicherers in rechtlicher Hinsicht nicht kritisiert werden kann, weil der Bedarf nach Rechtshilfe erst nach Vertragsbeendigung eingetreten ist.

Unabhängig davon betrachtet der Ombudsman es als unbefriedigend, wenn kein Versicherungsschutz mehr für Rechtsstreitigkeiten besteht, die im Zusammenhang mit einer Geschäftstätigkeit entstehen, aber nach Auflösung/Beendigung des Geschäftsbetriebs und der damit verbundenen Beendigung der Rechtsschutz-Versicherung eintreten. Dies weil Versicherungen einerseits häufig per Betriebsaufgabe beendigt werden, und weil andererseits in der Praxis oft auch danach noch Forderungen von Dritten gestellt werden dürften.

Empfehlung an die Rechtsschutz-Versicherer:
Der Ombudsman empfiehlt den Rechtschutz-Versicherern, Betriebsrechtsschutz-Policen künftig (allenfalls als Zusatz-Option zum Standardprodukt) mit einer entsprechenden Nachrisiko-Deckung anzubieten. Damit kann gewährleistet werden, dass KMU auch bei allfälligen Streitigkeiten im Rahmen der Berufsaufgabe noch Versicherungsschutz haben.

Krankentaggeld-Versicherung

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen im Berichtsjahr zurückgegangen (von 649 auf 565). Der Anteil der Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen

Leiden strittig war, ist wie in den Vorjahren immer noch gross.

Relativ häufig sind auch Fälle, bei denen der Versicherer eine zu kurze Übergangsfrist gewährt, wenn die versicherte Person im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vornehmen muss. Eine angemessene Übergangsfrist ist gegebenenfalls zu gewähren, damit sich die versicherte Person anpassen und eine neue Stelle finden kann. In der sozialversicherungsrechtlichen Rechtsprechung hat sich diesbezüglich eine Frist von 3 bis 5 Monaten etabliert, welche gemäss Urteil des Bundesgerichts 4A_73/2019 auch im Rahmen von Krankentaggeldversicherungen Gültigkeit beansprucht.

UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 869 und damit 25,2% mehr Anfragen als im Vorjahr (694) an die Ombudsstelle gerichtet. 704 (579) Fälle entfielen auf die deutsche, 74 (70) auf die französische und 91 (45) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 81% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 19%.

Beschwerdegrund		Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A	Unterstellungspflicht	8	(10)	1	(1)	1	(0)
	Vertragsabschluss	6	(11)	2	(2)	0	(2)
	Total	14	(21)	3	(3)	1	(2)
B	Prämien	3	(11)	0	(0)	1	(1)
	Total	3	(11)	0	(0)	1	(1)
C	Heilbehandlung	67	(67)	27	(18)	1	(4)
	Hilfsmittel	5	(4)	1	(0)	2	(0)
	Taggeld	77	(69)	20	(14)	4	(10)
	Invaliden-Rente	4	(5)	1	(1)	0	(1)
	Integritätsentschädigung	12	(2)	0	(2)	1	(3)
	Kausalität	228	(158)	5	(3)	9	(4)
	Unfallbegriff	96	(82)	7	(12)	1	(2)
	Leistungskürzung/-ablehnungen	1	(2)	0	(0)	16	(0)
	Regress	2	(6)	0	(0)	0	(0)
	Total	492	(395)	61	(50)	34	(24)
D	Unfallverhütung	1	(2)	0	(0)	0	(0)
	Allg. Informationen/Verfahren	181	(134)	10	(17)	53	(13)
	Anwalt/Fachperson	13	(16)	0	(0)	2	(5)
	Total	195	(152)	10	(17)	55	(18)
Total		**704**	**(579)**	**74**	**(70)**	**91**	**(45)**

Wert des Vorjahres in Klammer

771 der insgesamt 869 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 98 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 46 (50%) der 92 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 42 (45,6%) Fällen war das Resultat negativ und in 4 weiteren (4,3%) Fall wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Das Thema «UVG-Versicherung von Sportvereinen» ist weiterhin problembehaftet

Die im Jahresbericht 2018 der Ombudsstelle erwähnten Probleme von Sportvereinen, für ihre Arbeitnehmenden einen UVG-Versicherer zu finden, bestehen weiterhin. Ein der Ombudsstelle unterbreiteter Fall zeigt, dass es sogar für Sportvereine mit vorhandener UVG-Versicherung Schwierigkeiten geben kann.

Konkret ging es darum, dass ein seit Anfang 2017 bei einem UVG-versicherten Handballsportclub seit Mai 2019 auch AHV-pflichtige Spieler beschäftigte. Nach Deklaration dieser Tatsache lehnte der UVG-Versicherer es letztmals im September 2019 ab, diese AHV-pflichtigen Spieler zu versichern.

Zur Begründung führte die Gesellschaft im Wesentlichen aus, dass die Risiko-Gruppe der Wettkampfsportler im Rückversicherungsvertrag ausgeschlossen sei. Lediglich dann, wenn eine Zuweisung durch die Ersatzkasse UVG erfolge, könne eine sogenannte «special acceptance» beim Rückversicherer angefragt werden. Falls dann eine Zusage des Rückversicherers erfolge, könne danach eine Offerte abgegeben werden.

In der Folge hat die Ersatzkasse UVG jedoch im Oktober 2019 eine Zuweisung gemäss Art. 95 UVV abgelehnt und den Beschwerdeführer wieder an den bestehenden UVG-Versicherer zurückverwiesen. Eine Zuweisung durch die Ersatzkasse nach Art. 95 UVV erfolge nur, wenn ein Unternehmen keinen UVG-Versicherer findet, der das gesamte Unternehmerrisiko tragen möchte, oder wenn noch keine UVG-Versicherung abgeschlossen wurde. Diese Kriterien seien im konkreten Fall nicht erfüllt. Eine Zuweisung für ein Teilrisiko des Unternehmens sei nach Interpretation der Ersatzkasse nicht möglich.

Daraufhin wandte sich der Sportverein an die Ombudsstelle. Nach Prüfung des Falles und Interpretation des Gesetzes vertrat der Ombudsman gegenüber dem Versicherer die Rechtsauffassung, dass das UVG keine Aufsplittung des Gesamt-Unfallrisikos einer Unternehmung auf verschiedene Versicherer erlaubt, welche jeweils nur einen Teil des Risikos einer Unternehmung versichern. Hinzu komme, dass sich nicht nur der Sportverein, sondern auch der involvierte Versicherer mit Abschluss der Police zu einer Mindestlaufzeit des Vertrags verpflichtet habe. Der Ombudsman schlug dem Versicherer daher vor, die Angelegenheit gütlich zu regeln, anstatt den Beschwerdeführer «zwischen Stuhl und Bank» fallen zu lassen.

Der Versicherer lenkte schliesslich ein und gab dem Ombudsman bekannt, dass die beanstandete Ablehnung auf eine Fehleinschätzung im Underwriting zurückzuführen sei. Damit konnte zwar dieser Einzelfall gelöst werden. Die bereits im Vorjahresbericht 2018 beschriebene Problematik erscheint damit aber nach wie vor als ungelöst.

Hilfsmittel – Kosten für Schuhe, welche vom Versicherten unfallbedingt alleine zu therapeutischem Zweck angeschafft werden, sind vom UVG-Versicherer zu tragen

Die Ombudsstelle hat auch dieses Jahr eine Beschwerde von einem Versicherten erhalten, bei welchem der Unfallversicherer die Übernahme der Kosten für besonders gut stützende Schuhe, welche er wegen einer Fussverletzung erwerben musste, ablehnte. In solchen Fällen verweist die Ombudsstelle auf Ziff. 4 (Orthopädisches Schuhwerk) der Hilfsmittelliste. Gemäss dieser Bestimmung gehen die Kosten für orthopädische Mass-Schuhe, für Schuheinlagen sowie für kostspielige orthopädische Änderungen in Serienschuhen, welche infolge eines Unfalls angeschafft bzw. vorgenommen werden müssen, zu Lasten des Unfallversicherers. Die betreffende Unfallversicherung hat sich der Auffassung der Ombudsstelle angeschlossen, dass die Kosten für Schuhe, welche eigentlich in keine der genannten Kategorien fallen, vom Versicherten jedoch alleine zu therapeutischen Zwecken angeschafft werden mussten, ebenfalls von ihr zu tragen sind.

Häufige Anfragen zum neuen Art. 6 Abs. 2 UVG / (unfallähnliche) Körperschädigung

Seit der UVG-Revision sieht sich die Ombudsstelle regelmässig mit Anfragen von Versicherten konfrontiert, welche nach Eintritt einer Listenverletzung auch ohne entsprechendes Schadenereignis von einer unbedingten Leistungspflicht des Unfallversicherers ausgehen. Dies aufgrund des Wortlauts des neu geltenden Art. 6 Abs. 2 UVG, welcher bei einfacher Betrachtung den Schluss zulässt, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einer Listendiagnose unabhängig vom Vorliegen einzelner Unfallkriterien besteht.

In diesem Zusammenhang wird oft übersehen, dass dem Unfallversicherer nach dem zweiten Teilsatz von Art. 6 Abs. 2 UVG wie schon nach der alten Regelung ein Entlastungsbeweis offensteht. Nicht leistungspflichtig ist der Unfallversicherer, wenn er beweisen kann, dass die in Frage stehende Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Beweisanforderungen für eine Befreiung von der Leistungspflicht sind damit weniger streng als noch nach aArt. 9 Abs. 2 UVV. Nach dieser Bestimmung musste der Unfallversicherer den Nachweis erbringen, dass die Körperschädigung eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen war.

Die Ombudsstelle hat von Anfang an (s. unseren Jahresbericht 2017) die Auffassung vertreten, dass die Umstände des Eintritts einer Listenverletzung – gerade im Hinblick auf den Entlastungsbeweis (Abgrenzung zu vorwiegend degenerativ oder krankheitsbedingten Verletzungen) – auch nach der neuen Regelung von Relevanz sind und somit nicht von einer unbedingten Leistungspflicht des Unfallversicherers ausgegangen werden kann. Mit dem Bundesgerichtsurteil 8C_22/2019 sieht sich die Ombudsstelle in ihrer Interpretation bestätigt. Gemäss diesem Urteil ist die Frage nach dem initialen benennbaren Ereignis – nicht zuletzt aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – (auch nach der UVG-Revision) auch für die Klärung anderer Fragen, wie die Versicherungsdeckung, die Zuständigkeit des Unfallversicherers sowie die Berechnung des versicherten Verdienstes von Bedeutung.

Was die Beweisanforderungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG für eine Befreiung des Unfallversicherers von der Leistungspflicht betrifft, ist festzustellen, dass der Begriff «vorwiegend» im Gesetz nicht quantifiziert wird. Die Ombudsstelle hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass kein vernünftiger Zweifel daran bestehen darf, dass die Verletzung degenerativ oder krankheitsbedingt ist. Das Bundesgericht hat im zitierten Urteil nun festgehalten, dass der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht sei, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung beruhe, dies in Analogie zu Art. 9 Abs. 1 UVG (Berufskrankheiten). Damit ist eine der Ombudsstelle oft gestellte Frage höchstrichterlich beantwortet.

Während Unfallversicherer nach der alten Regelung bei Vorliegen einer Listenverletzung in der Regel ihre Leistungspflicht bejahten, sobald ein sinnfälliges Ereignis als Auslöser nachgewiesen werden konnte, trifft dies seit der UVG-Revision nicht mehr zu. Nach Wahrnehmung der Ombudsstelle hat sich infolge der herabgesetzten Beweisanforderungen beim Entlastungsbeweis die Diskussion in den medizinischen Bereich verlagert. Dies hat dazu geführt, dass sich die Ombudsstelle viel häufiger als früher mit sich widersprechenden ärztlichen Gutachten beschäftigen muss.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung jeweils die genauen Begleitumstände abzuklären hat. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer «solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht» (Urteil 8C_22/2019, Erwägung 9.1). Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, wird der Unfallversicherer wie oben ausgeführt leistungspflichtig, sofern er nicht den in Art. 6 Abs. 2 UVG stipulierten Entlastungsbeweis erbringt.

Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich abermals um 9,7% ab. Im Berichtsjahr wandten sich 65 (72) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 43 (32) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	1	(4)	0	(1)	0	(0)
Deckungsumfang	1	(4)	0	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Reglement	1	(4)	1	(1)	0	(2)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Freizügigkeit	2	(4)	0	(0)	0	(1)
Vorbezug	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(0)	0	(1)	0	(0)
Versicherungsausweis	5	(5)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	0	(3)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsleistungen (ungenügend/Ablehnung)	12	(11)	2	(2)	7	(1)
Allgemeine Informationen	12	(7)	1	(0)	7	(1)
Verjährung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	2	(0)	0	(0)	2	(0)
Scheidung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Koordinierter Lohn	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	4	(6)	0	(0)	0	(0)
Anwalt	1	(1)	0	(0)	1	(1)
Total	**44**	**(61)**	**4**	**(5)**	**17**	**(6)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 7 Fälle. Von den 7 abgeschlossenen Interventions-Fällen führten 2 Interventionen für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis. In 4 Fällen war das Resultat negativ und 1 Fall wurde sog. neutral erledigt.

Die uns unterbreiten Fälle bezogen sich häufig auf Fragen im Zusammenhang mit Freizügigkeitsleistungen, Versicherungsvorbehalten in der überobligatorischen Vorsorge sowie Invaliditäts- und Partner-Renten.

Rückforderung von Leistungen, welche zu Unrecht ausgerichtet wurden

Ein Fall betraf die Rückforderung von Leistungen durch eine BVG-Sammelstiftung, welche zu Unrecht ausbezahlt worden sind. Eine Beschwerdeführerin berichtete, ihr Ehemann sei zuerst teilweise arbeitsunfähig und anschliessend arbeitslos gewesen. Nach einem halben Jahr sei er gestorben. Die Vorsorgeeinrichtung sprach der Witwe darauf ein Kapital von CHF 879'721.– sowie eine jährliche Waisenrente von CHF 10'000.– zu. Später forderte sie jedoch von der Witwe CHF 248'468.– zurück und reduzierte die Waisenrente auf jährlich CHF 5'000.–. Zur Begründung machte sie geltend, dass bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses der aktive Teil des Vorsorgeverhältnisses geendet habe. Versehentlich sei diese Mutation aber damals nicht verarbeitet worden.

Mit der Kürzung der Leistungen war die Witwe nicht einverstanden, weil sie bei richtiger Verarbeitung des Austritts wieder in eine 2. Säule hätte investieren wollen und damit weiter in den Genuss eines Risikoschutzes gekommen wäre. Sie verlangte deshalb eine angemessene Entschädigung. Wir fragten uns, ob eine solche aufgrund einer ungenügenden Beratung gemäss Art. 27 ATSG ausgerichtet werden müsste, und verlangten von der Vorsorgeeinrichtung eine Stellungnahme. Diese wies jedoch darauf hin, dass das ATSG (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts) in der beruflichen Vorsorge grundsätzlich nicht anwendbar sei. Zudem sei der Witwe auch kein Schaden entstanden, da das Kapital bei rechtzeitiger Verarbeitung auf eine Freizügigkeitseinrichtung überwiesen worden wäre, welche keinen Risikoschutz gewährt hätte.

Letztlich musste die Ombudsstelle nach vertiefter Prüfung des Falles der betroffenen Witwe mitteilen, dass mit einem Freizügigkeitskonto tatsächlich keine solchen Risikoleistungen verbunden sind. Ob dies mit allen Freizügigkeitspolicen der Fall ist, sei ihr nicht bekannt. Zumindest sei aber eine Versicherungs-Gesellschaft nicht verpflichtet, eine solche Deckung anzubieten. Beim involvierten Versicherer war dies nicht möglich. Ob sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Versicherungsschutz erhalten hätte, müsste sie konkret beweisen können.

Die Ombudsstelle konnte die Beschwerdeführerin bei der Beschaffung allfälliger Beweise nicht unterstützen, weil dies auf eine anwaltliche Tätigkeit hinausgelaufen wäre. Dies wäre mit der neutralen Funktion der Ombudsstelle nicht vereinbar.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Im Laufe des Jahres 2019 konnte bei der Zweigstelle in Lugano ein Anstieg der eingegangenen Anfragen und Beschwerden von 342 auf 352 verzeichnet werden. Der grösste Anteil (222) betraf den Privatversicherungsbereich, gefolgt vom UVG-Bereich, in welchem der Zweigstelle die beachtliche Anzahl von 91 Fällen unterbreitet wurden. Lediglich 17 Anfragen betrafen den BVG-Bereich. Die Anzahl Anfragen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs betrug lediglich 23 und bezog sich hauptsächlich auf das Krankenversicherungsgesetz/KVG.

Stark gestiegen ist im Berichtsjahr die Anzahl der Fälle aus dem Tessin, die zu einer Intervention führten (von 10 auf 23). Diese betrafen vor allem Gebäudeversicherungen, Rechtsschutzversicherungen sowie Lohnausfall-Versicherungen. Die strittigen Fragen betrafen bei den meisten Fällen die Höhe der Versicherungsleistungen und den Versicherungsschutz, gefolgt von Fragen im Zusammenhang mit der Vertragskündigung.

Sachversicherungen

Anfragen zum Sachversicherungsbereich konnten häufig telefonisch erledigt werden. Dabei ging es überwiegend um Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Antragsstellung und um den Inhalt bzw. dem Deckungsumfang des Versicherungsvertrags. Der direkte telefonische Kontakt von Avv. Cereghetti mit den Versicherten trug wesentlich dazu bei, offene Fragen und Zweifel direkt zu klären.

Hausrat- und Gebäude-Versicherung / Einige Probleme im Zusammenhang mit Unterversicherungen

Einige dieser Anfragen betrafen die Höhe der Versicherungssumme. Avv. Cereghetti stellte dabei fest, dass vielen Versicherten nicht bekannt ist, was eine Unterversicherung bei Gebäude- und Hausratpolicen bedeutet. Im Berichtsjahr wurden ihm mehrere Fälle unterbreitet, in denen die Entschädigung der Versicherungsgesellschaft geringer war als der Wiederbeschaffungswert des beschädigten Hausrats oder der gestohlenen Gegenstände, weil die Versicherungssumme weit unter dem tatsächlichen Wert lag. Vielen Versicherten war nicht bekannt, dass Hausrat- und Gebäudeversicherungen in aller Regel Neuwertversicherungen sind. Dies bedeutet mit anderen Worten, dass die Versicherungssumme dem Neuwert der versicherten Sachen entsprechen muss, ansonsten eine sogenannte Unterversicherung vorliegt. 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 Versicherungs-Vertrag keine günstigere Lösung vorsieht. Die Meinung einzelner Versicherter, dass der Versicherer bei Bestehen einer Unterversicherung keine Leistungskürzung vornehmen kann, wenn der eingetretene Schaden kleiner ist als die zu tiefe Versicherungssumme, ist dementsprechend falsch.

Empfehlung an Hausrat-Versicherte:
Avv. Cereghetti empfiehlt daher insbesondere den Hausratversicherten zu prüfen, ob die Versicherungssumme unter Berücksichtigung des Wiederbeschaffungswertes ***sämtlicher*** *versicherten Hausrat-Gegenstände genügend hoch ist. Falls im Rahmen einer sorgfältigen Schätzung festgestellt werden sollte, dass dies nicht der Fall ist, empfiehlt er, unverzüglich mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen, um die Versicherungssumme zu erhöhen.*

Diebstahl-Versicherung / Häufig fehlender Besitz- und Wertnachweis von gestohlenen Sachen

Bei der Diebstahlversicherung stehen viele Versicherte vor dem Problem des Schadennachweises. Dieser erfordert nicht nur den Nachweis des Diebstahls, sondern auch den Nachweis des Eigentums und des Werts der gestohlenen Sachen. Für den Nachweis des Diebstahls gilt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Im Gegensatz zum Nachweis, dass ein Diebstahl stattgefunden hat, kann der

Besitz- und/oder Wertnachweis für einzelne Gegenstände im Nachhinein häufig nicht mehr oder nur schwer erbracht werden, wenn diese z.B. einige Jahr zuvor gekauft wurden und kein Kaufbeleg mehr vorhanden ist, oder wenn es sich um erhaltene Geschenke oder geerbte Gegenstände handelt. Die darauf zurückzuführenden Schwierigkeiten in der Beweisführung führen nicht zu einer Beweiserleichterung.

Empfehlung an die Versicherten:
Avv. Cereghetti empfiehlt daher, zumindest bei Objekten mit einem grösseren Wert, die Kaufquittungen aufzubewahren, und bei geschenkten Objekten (z.B. Schmuckstücken) nötigenfalls den Wert schätzen zu lassen, falls kein Beleg dazu vorhanden ist. Das Gleiche gilt für geerbte Gegenstände, falls diese im Erbschaftsinventar nicht einzeln mit Wertangaben genannt werden. Darüber hinaus betrachtet er es als ratsam, bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. beim Eintritt neuer Gegenstände in das Eigentum des Antragstellers eine Bestandsaufnahme durchzuführen.

Krankentaggeld- und Unfallversicherung

Ein Problem, mit dem die Versicherten im Berichtsjahr sehr oft konfrontiert waren, waren Ablehnungen und Einstellungen von Taggeldern durch Kranken- und Unfallversicherer.
Es ist bekannt, dass die Versicherungsgesellschaften bei der Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit auf ihren vertrauensärztlichen Dienst zurückgreifen. Wenn der Vertrauensarzt in solchen Fällen zum Schluss kommt, dass der Versicherte arbeitsfähig ist, entsteht für die Versicherten eine schwierige Situation. Fühlt sich eine versicherte Person als (noch) nicht arbeitsfähig, liegt es an ihr, ein begründetes ärztliches Gutachten beizubringen, mit dem nachgewiesen werden kann, dass die Beurteilung des vertrauensärztlichen Dienstes der Versicherungs-Gesellschaft unzureichend oder falsch ist. Dies kann für diejenigen Versicherten, die nicht über genügend finanzielle Mittel verfügen, um eine solche medizinische Expertise zu veranlassen, viele Probleme verursachen. In solchen Situationen erweist sich der Besitz einer Rechtsschutz-Versicherung als sehr vorteilhaft, weil diese bei gegebener Deckung den Versicherten diesbezüglich unterstützt bzw. entlastet.

UVG-Bereich

Die Anfragen, die Avv. Cereghetti im Berichtsjahr im UVG-Bereich unterbreitet wurden, waren im Wesentlichen mit zwei Themen verbunden:
1. Das Problem des Kausal-Zusammenhangs zwischen den gesundheitlichen Beschwerden und einem Unfallereignis.
2. Die Höhe der Versicherungsleistungen, insbesondere von Geldleistungen.

In der Praxis neigen die Versicherten im Allgemeinen, zu glauben, dass der Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und den bestehenden Gesundheitsbeschwerden gegeben ist, wenn die Gesundheitsprobleme nach dem Unfall entstanden sind. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, was für viele Versicherte nur schwer nachvollziehbar ist und daher viel Erklärungsaufwand durch die Avv. Cereghetti bedarf.

Rechtsschutz-Versicherungen

In der Branche Rechtsschutz betraf ein grosser Anteil der Anfragen und Beschwerden die zeitliche Versicherungsdeckung. Hier musste Avv. Cereghetti einigen Versicherten mitteilen, dass in zeitlicher Hinsicht keine Versicherungsdeckung besteht, wenn das der Rechtsschutzversicherung vorgelegte Problem seinen Ursprung vor Abschluss der Police hatte.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Im Berichtsjahr 2019 wurden der Zweigstelle in der Westschweiz 433 Anfragen und Beschwerden unterbreitet, also ungefähr 2 Fälle pro Arbeitstag. Die Fallzahl vermehrte sich im Vergleich zum Vorjahr um 20.

Der Anteil der einzelnen Bereiche variierte nur geringfügig. Von den Anzahl Beschwerden aus der französischsprachigen Schweiz betrafen 301 den Privatversicherungsbereich (287 im Vorjahr), 74 den UVG-Bereich (70), 4 den BVG-Bereich (5). 54 Anfragen lagen ausserhalb unserer Zuständigkeit (51), davon entfielen mit 27 Fällen genau die Hälfte dieser Beschwerden auf den Bereich der Krankenkassen, welche an die hierfür zuständige Ombudsstelle Krankenversicherung weitergeleitet wurden. Somit konnte bloss auf 27 Fälle (6,2% aller Anfragen) mangels Zuständigkeit nicht eingetreten werden. Trotzdem bemühte sich Me Subilia, den Beschwerdeführenden wo immer möglich andere Stellen zu empfehlen.

Als Me Subilia in der zweiten Hälfte des Jahres 2002 seine Tätigkeit als Zweigstellenleiter aufnahm, konnten 25% der Fälle mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden. Für die Beschwerde führenden und die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle ist dies eine erfreuliche Entwicklung.

Privatversicherungsbereich

Wie schon seit Jahren machen im Privatversicherungsbereich Beschwerden im Zusammenhang mit der Krankentaggeldversicherung den Hauptanteil aus: 85 Fälle, also insgesamt 28% (94 im Vorjahr). Danach folgen Anfragen zu Lebensversicherungen (42 gegenüber 36 im Vorjahr), Rechtsschutzversicherungen (41 gegenüber 37 im Vorjahr), Haftpflichtversicherungen (39 gegenüber 27 im Vorjahr) und Autohaftpflichtversicherungen (35 gegenüber 38 im Vorjahr). Me Subilia zieht nochmals die zweite Hälfte des Jahres 2002 zum Vergleich und weist darauf hin, dass damals bloss 6% der Fälle im Privatversicherungsbereich die Rechtsschutzversicherungen betrafen. Die Rangliste damals war angeführt von den Branchen Leben (29%) und Krankheit (15%).

Rechtsschutz-Versicherungen / Zunehmende Komplexität der Rechtsfragen

Die spektakuläre Entwicklung der Fallzahlen im Bereich Rechtsschutz macht sowohl die Entwicklung dieser Branche als auch die zunehmende Komplexität der Rechtsfragen, mit welchen diese sich zu befassen hat, deutlich.

Ein Fallbeispiel aus dem Jahr 2019 veranschaulicht diese Komplexität. Die vordergründig einfache Streitigkeit drehte sich um mietrechtliche Fragen, welche die Versicherung zunächst einem Mieterschutz-Verband überliess bevor sie weitere Schritte ablehnte. Die Prüfung der Beschwerde durch Me Subilia setzte indessen die Auseinandersetzung mit diversen Themen voraus, wie z.B. die freie Anwaltswahl, die allfällige Möglichkeit den geringen Streitwert in ein angemessenes Verhältnis zu den anfallenden Rechtschutzkosten zu bringen sowie das anzuwendende Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten zwischen der versicherten Person und dem Versicherer. Die Würdigung dieser versicherungsrechtlichen Fragen lässt sich nicht ohne eine mindestens summarische Durchsicht der Rechtsstreitigkeit durchführen. Die Intervention seitens der Ombudsstelle konnte schliesslich dazu beitragen, dass die festgefahrene Situation überwunden werden konnte.

Krankentaggeld-Branche / Wenn der Versicherer seine direkt an den Arbeitnehmer bezahlten Leistungen einstellt, sollte er den Arbeitgeber darüber in Kenntnis setzen

Ebenfalls auffällig ist im Vergleich zu 2002 die Fallzahlenentwicklung in der Krankentaggeld-Branche. Die unterschiedlichen Problemfelder in dieser Branche sind zahlreich. Zwei der im Berichtsjahr der Zweigstelle unterbreiteten Anfragen sollen hier als Beispiel dienen. Bei einem Kollektiv-Krankentaggeldversicherungs-Fall kam der Versicherer zum Schluss, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt seien. Das

problemauslösende Element dabei war, dass der Versicherer nicht den Arbeitgeber und somit Versicherungsnehmer entsprechend informierte, sondern den Arbeitnehmer als Leistungsempfänger. Der Arbeitgeber, der keine Kenntnis davon hatte, zahlte weiterhin den Lohn aus in der Annahme, dass die Beträge vom Versicherer zurückerstattet würden. Als sich im Nachhinein herausstellte, dass kein Anspruch auf Entschädigung bestand, sah sich der Arbeitgeber nicht in der Lage, die Beträge vom Arbeitnehmer zurückzufordern. Auch wenn es zulässig ist, dass der Versicherer medizinische Informationen ausschliesslich dem Anspruchsteller mitteilt, so ist Me Subilia der Meinung, dass der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer über die Leistungseinstellung hätte informiert werden müssen, damit letzterer entsprechende Massnahmen hätte treffen können. Nach erfolgter Intervention teilte die Versicherung den Standpunkt der Ombudsstelle.

Krankentaggeld / Folgen einer verspäteten Schadenmeldung

Ein weiterer komplexer Krankentaggeld-Fall betraf einen Selbständigen, dessen einzige Angestellte (seine Ehefrau) krank wurde. Aufgrund ihrer Arbeitsunfähigkeit wurden die administrativen Aufgaben nicht erledigt, was zu einer sehr späten Schadenmeldung führte. Der Versicherer lehnte im Einklang mit den AVB die Erbringung von Leistungen für den Zeitpunkt vor der Schadenmeldung ab. In ihrer Intervention argumentierte die Ombudsstelle, dass der Versicherer tatsächlich berechtigt gewesen sei, Leistungen zu kürzen, aber nur in dem Masse, als die verspätete Schadenmeldung eine Erhöhung der Kosten ausgelöst hätte. In Anbetracht der besonderen Umstände des Falles zog der Versicherer seine Position in Wiedererwägung und erklärte sich bereit, Leistungen für neun Monate auszurichten.

Leben-Bereich

Im Leben-Bereich greifen versicherungsrechtliche und steuerrechtliche Fragen ineinander und erhöhen dadurch die Komplexität der Fallbearbeitung. So wandte sich ein Grenzgänger an die Ombudsstelle, der mit einer schweizerischen Versicherung eine Lebensversicherung abgeschlossen hatte, welche eine jährliche Rente vorsah, die Ende 2018 von der Gesellschaft plötzlich eingestellt wurde. Anlässlich des Ombudsverfahrens stellte sich heraus, dass im Laufe des Jahres neu erlassene Steuervorschriften die zuvor erlaubte Praxis untersagten. Der besagte Fall wirft die Frage auf, wie man Versicherungsnehmer, die Lebensversicherungsverträge aus steuerrechtlichen Überlegungen abschliessen, einerseits besser über die Risiken solcher Anpassungen aufklären, und andererseits über die effektiv erfolgten gesetzlichen Änderungen informieren kann.

Haftpflicht-Branche

Auch die Haftpflicht-Branche gab Anlass zu einigen Interventionen. Bei einem beispielhafen Fall ging es um ein Auto, das spontan in Flammen aufging. Das Feuer griff auf drei weitere Fahrzeuge und die unmittelbare Umgebung über, sodass die Feuerwehr eingeschaltet werden musste. Der Versicherer übernahm zwar die Kosten für die beschädigten Fahrzeuge. Er lehnte jedoch die Übernahme für die Kosten der intervenierenden Feuerwehr mit der Begründung ab, dass der Beschwerdeführer über keine Kaskodeckung verfüge. In ihrer Intervention machte die Ombudsstelle geltend, dass das Löschen des eigenen Fahrzeugs in der Tat nicht gedeckt sei. Als angemessene Massnahme um das sich ausbreitende Feuer unter Kontrolle zu bringen, muss aus haftpflichtrechtlicher Sicht unterschieden werden, welcher Anteil der Feuerwehrkosten für den nichtgedeckten Eigenschaden bzw. als Abwendung einer Gefahr aufgewendet wurden. Der Versicherer erklärte sich schliesslich bereit, die gesamten Kosten für den Feuerwehreinsatz zu übernehmen.

UVG-Bereich / Es ist schwierig, den Betroffenen das häufig auftretende komplexe Verhältnis zwischen Unfall und Krankheit nachvollziehbar aufzuzeigen

Im UVG Bereich hatte sich Me Subilia wieder-

holt mit dem komplexen Verhältnis zwischen Krankheit und Unfall zu befassen. Dies war zum Beispiel der Fall bei einer Person, welche bei einer sportlichen Aktivität einen Schock erlitt. Obwohl es ein Unfallereignis war, kam der Versicherer zum Schluss, dass einige der geltend gemachten Unfallfolgen auf eine Krankheit zurückzuführen waren. Die Prüfung der Beschwerde durch Me Subilia bestätigte schliesslich die Position des Versicherers, wonach die Folgen des Schocks, nach Ablauf einer anfänglichen Phase, bloss ein Indikator für ein bereits existierendes degeneratives Problem war. Trotz eindeutiger Rechtsprechung ist es eine Herausforderung für die Ombudsstelle, nachvollziehbar aufzuzeigen, dass aus rechtlicher Sicht Beschwerden sich nicht als Unfall qualifizieren, wenn sie bereits bestehend aber unerkannt waren und erst nach einem Unfallereignis auftraten.

Rücktritt und Rückblick von Me Subilia

Der vorliegende Beitrag zum Jahresbericht 2019 ist der letzte von Me Subilia, welcher nach 18 Jahren von seinem Amt als Leiter der Zweigstelle in der französischsprachigen Schweiz zurücktreten wird, um sich neuen Aufgaben zu widmen. Wie oben bereits erwähnt, konnte Me Subilia im Laufe seiner Tätigkeit eine Entwicklung im Bereich der Versicherungen beobachten. In genereller Hinsicht sind die Fragestellungen komplexer geworden. Demgegenüber hat sich die Notwendigkeit einer Institution, die sowohl das Vertrauen der Versicherer als auch der Versicherten geniesst, kaum verändert. Die Kernaufgabe bleibt dieselbe: In einem Vertrauensverhältnis Lösungen anzubieten, die es Versicherern und Versicherungsnehmern erlaubt, über den Dialog gemeinsame Lösungen zu finden.

Sollte Me Subilia ein letztes Bild seiner Tätigkeit mitnehmen, wäre dies ein Fall, der kurz vor Weihnachten noch erledigt werden konnte. Der zu beurteilende Sachverhalt war sehr komplex und die Verjährung wahrscheinlich bereits eingetreten; dennoch konnte eine angemessene Lösung gefunden werden. Me Subilia ist der Meinung, dass dies nur aufgrund der guten Beziehungen zwischen unserer Stiftung und den Ansprechpartnern der ihr angeschlossenen Versicherungen möglich ist. Auf dem Rechtsweg wäre eine Lösungsfindung dieser Art kaum zu verwirklichen. So erklärte sich der Versicherer in dieser Angelegenheit bereit, im Sinne einer gütlichen Regelung, von den strengen gesetzlichen Bestimmungen abzusehen. Er bewies damit, dass es im Versicherungsbereich möglich ist, faire und pragmatische Lösungen zu erzielen.

Die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und Suva erfüllt einen wertvollen und wichtigen Auftrag. Me Subilia schätzt sich glücklich, während 18 Jahren einen Beitrag zu dieser wichtigen Tätigkeit geleistet zu haben. Er ist überzeugt, dass die atypische Rolle des Versicherungsombudsman – unabhängig von sämtlichen anderen Verfahren – in der schweizerischen Rechtslandschaft erhalten bleiben muss. Zitat Me Subilia: «Es lebe die Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und Suva!»

Worte des Präsidenten zum bevorstehenden Rücktritt von Me Olivier Subilia in der Leitung der Zweigstelle in der Westschweiz

Der Präsident würdigt die hervorragende langjährige Arbeit von Me Olivier Subilia namens des Stiftungsrats und des Ombudsman. Er dankt ihm insbesondere für seinen grossen Einsatz im Interesse der Ratsuchenden und die souveräne und kompetente Führung der Zweigstelle in der Westschweiz. In den 18 Jahren seiner Tätigkeit als Zweigstellenleiter hat er vielen Versicherten den „Zugang zum Recht" erleichtert. Dafür gebührt ihm grosser Dank. Für seine Zukunft wünschen wir ihm alles Gute!

Der Zeitpunkt des Wechsels in der Leitung der Zweigstelle wird festgelegt, sobald feststeht, wer seine Nachfolge antreten wird.

Weitere Aktivitäten

Im Februar 2019 hat die Ombudsstelle an der Vernehmlassung zur Teilrevision des Versicherungsaufsichtsgesetzes/VAG teilgenommen. Zusammengefasst lehnt unsere Stiftung ab, die Ombudsstellen im privaten Versicherungsbereich gesetzlich zu regulieren. Die Vernehmlassung ist auf unserer Webseite aufgeschaltet und beinhaltet insbesondere auch unseren Alternativ-Vorschlag zur Verbesserung des Kundenschutzes.

Im April 2019 führte der Ombudsman wie bereits im Vorjahr ein halbtägiges Unterrichtsmodul an der Hochschule Luzern für Studierende vorwiegend der Sozialarbeit kurz vor dem Bachelor-Abschluss durch. Ziel dieses Unterrichts war, den Studierenden aufzuzeigen, in welchen Fragestellungen im künftigen Berufsalltag im Zusammenhang mit Krankentaggeld- und Unfallversicherungen Unterstützung vom Ombudsman geholt werden kann, was sie selber tun können, und worauf sie dabei zu achten haben.

Usanzgemäss fanden im Berichtsjahr zudem verschiedene direkte Kontakte des Ombudsman mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften sowie einige Treffen mit direkten Ansprechpersonen der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften statt. Dabei stehen jeweils grundsätzlicher Fragen und die Besprechung von Schwerpunktthemen, welche nicht das Tagesgeschäft betreffen, im Mittelpunkt. Der Ombudsman erachtet diese Gespräche als besonders wertvoll und wichtig.

Im Berichtsjahr konnte der Ombudman wiederum einige Medienkontakte pflegen. Die Ombudsstelle veröffentlichte in der Branchenzeitschrift „Schweizer Versicherung" zudem regelmässig anonymisierte Fälle. Dies mit dem Ziel, Versicherungsgesellschaften bezüglich einer lösungsorientierten Abwicklung von Beschwerdefällen zu sensibilisieren.

Im Weiteren wurde die Ombudsstelle zu einem Meinungsaustausch mit der FINMA eingeladen, welche Fragen zur Krankenzusatz-Versicherung betraf. Da die internationalen Kontakte und der daraus resultierende Meinungsaustausch wichtig sind, folgte der Ombudsman einer Einladung des deutschen Versicherungsombudsmanns nach Berlin. Im Weiteren nahm er an einem Meeting der FIN-NET (financial services complaints network) der Europäischen Union in Brüssel teil.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Rolf Schweiger

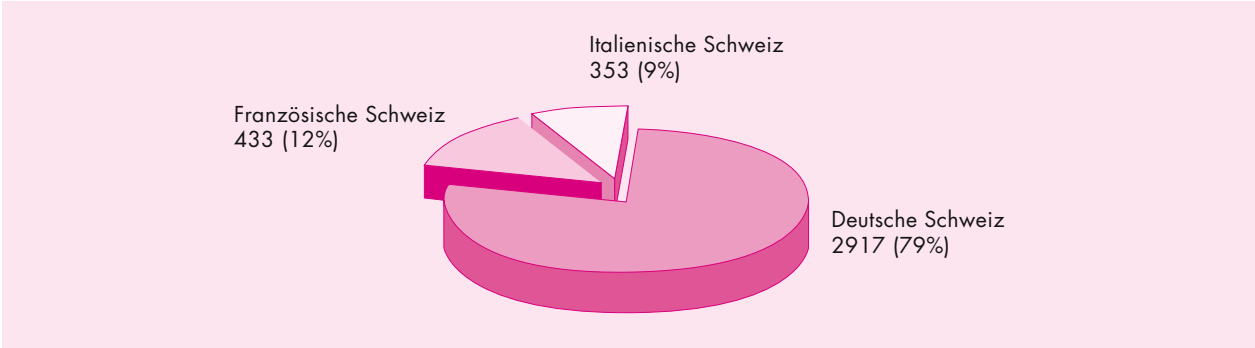
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

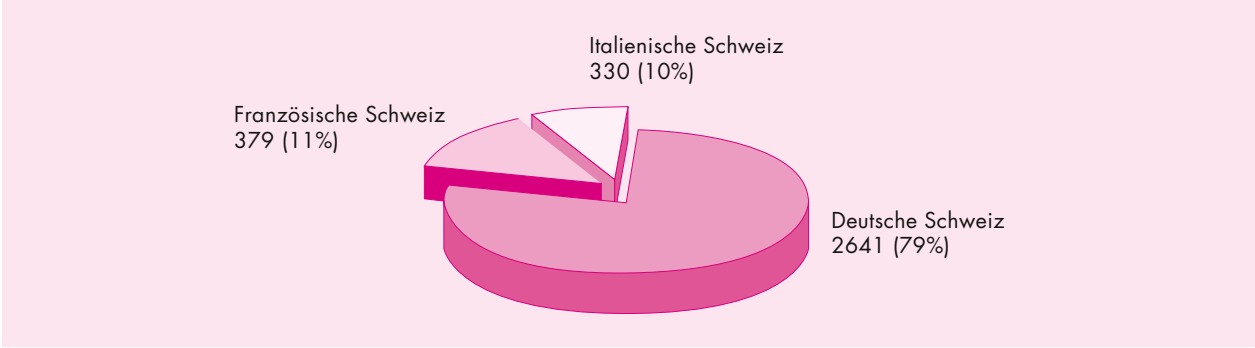
Zürich, März 2020

Statistiken 2019

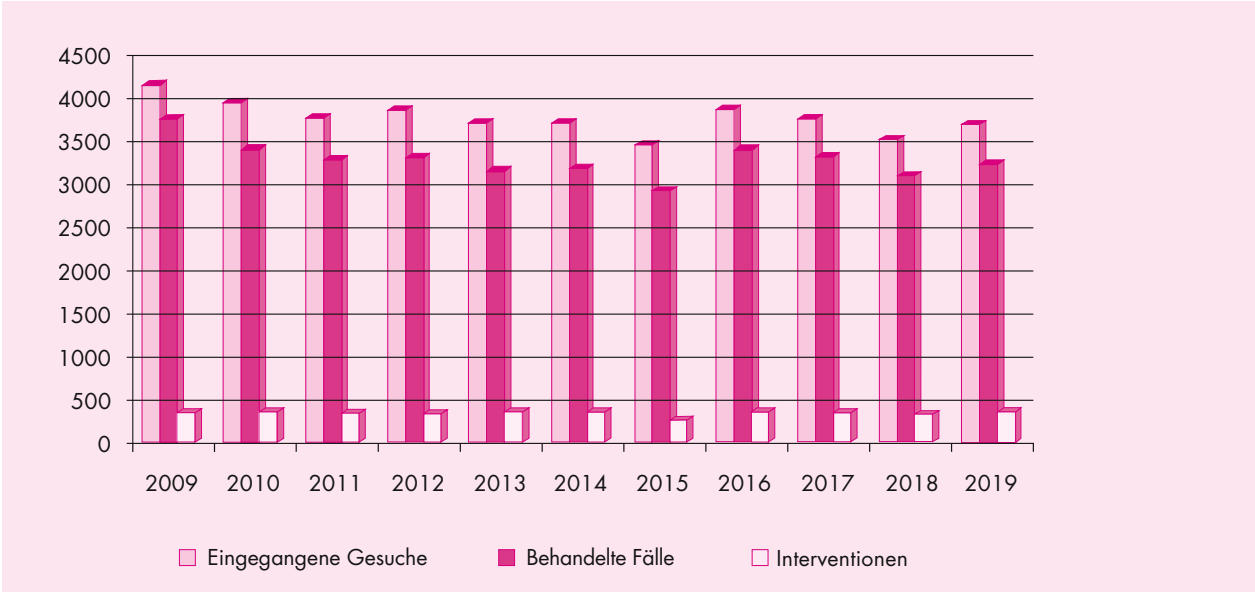
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2009 bis 2019



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2020)

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 Versicherungen AG
AXA 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)
HDI Global SE
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 (jetzt Helvetia)
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)
VZ VersicherungsPool AG
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
Postfach 1063
8024 Zürich

Tel: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20

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

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

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