/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2020

48. 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 31.12.2020)	Matthias Michel, Ständerat und a. Regierungsrat, Zug, Präsident Silva Semadeni, a. Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin Christoph Eymann, Nationalrat und a. Regierungsrat, Basel Nathalie Follonier-Kehrli, Mitglied der Direktion Vaudoise Versicherungen, Sion Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil Baptiste Hurni, Nationalrat, Neuchâtel Petra Huwiler, Leiterin Versicherungsleistungen Suva, Root Fabio Regazzi, Nationalrat, Gordola
Ombudsman	Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
Ombudsstelle Deutsche Schweiz	Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst Adrian Bryner, Rechtsanwalt (bis 30.09.2020) Nathalie Garny, Rechtsanwältin (seit 1.04.2020) Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin Eveline Bretscher Todaro, Assistenz Dr.phil.I Anne-Catherine Nabholz, Leiterin Prozessmanagement
Zweigstellen Französische Schweiz	Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat (bis14.06.2020) Me Johnny Dousse, avocat (ab 15.06.2020)
Italienische Schweiz	Avv. Marco Cereghetti

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Im Berichtsjahr 2020 sahen wir uns aufgrund der COVID-19-Pandemie mit einigen Herausforderungen konfrontiert.

Wir hatten aber auch sehr viel Glück! Bevor der Bundesrat am 16. März 2020 wegen den Folgen des Coronavirus den Lockdown anordnete, hatten wir ca. 3 Monate und somit gerade genug Zeit, uns nach der anfangs Jahr erfolgten Digitalisierung unserer Arbeitsabläufe an die neuen internen Prozesse zu gewöhnen. Dies ermöglichte es uns, unsere Arbeit während des Lockdowns ohne erhebliche Probleme grösstenteils ins Homeoffice zu verlegen.

Viel Glück hatten wir auch mit Herrn Rechtsanwalt Adrian Bryner, welcher per 31. März 2020 pensioniert wurde. Bereits an seinem 1. Tag im Ruhestand nahm er mit mir Kontakt auf und offerierte, der Ombudsstelle bei der Bewältigung der Arbeit auszuhelfen, weil die Fallzahlen Ende März wegen zahlreicher Beschwerden gegen Epidemie-Versicherer explosionsartig angestiegen waren. Dieses Angebot habe ich sehr gerne angenommen. Ich bedanke mich an dieser Stelle nochmals bestens für seine hervorragende Leistung und diesen ausserordentlichen Einsatz für unsere Stiftung und die Versicherten.

Als Glücksfall erwies sich auch die Nachfolgerin von Herrn Bryner, Frau Rechtsanwältin Nathalie Garny, welche über langjährige Erfahrung im Versicherungsrecht verfügt. Trotz erschwerter Startbedingungen aus dem Homeoffice und praktisch fehlender Einarbeitungszeit erbrachte sie bereits ab ihrem ersten Arbeitstag anfangs April volle Arbeitsleistung, was uns bei der Bewältigung unserer hohen Arbeitslast ebenfalls sehr geholfen hat.

Glück begleitete uns auch mit der Wahl von Me Johnny Dousse, welcher per 15. Juni 2020 die Nachfolge von Me Subilia als Leiter unserer Zweigstelle in der Westschweiz antrat. Er konnte nicht nur ein nahtloses Aufrechterhalten der Qualität unserer Dienstleistung in der französischsprachigen Schweiz gewährleisten, sondern unsere Dienstleistung im Interesse der Versicherten in der Romandie sogar noch weiter ausbauen.

Schliesslich dürfen wir uns auch glücklich schätzen, dass wir nicht von Kurzarbeit betroffen waren, und unsere Belegschaft gesund blieb.

Ich danke den Mitarbeitenden der Ombudsstelle für ihr Engagement im Interesse der Parteien, Streitfälle gütlich zu lösen, und für ihre geleistete gute Arbeit! Dem Stiftungsrat danke ich für seine aktive Unterstützung unserer Anliegen in diesem ausserordentlichen Jahr.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2020

Im Berichtsjahr 2020 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3350 auf 3408 gestiegen (1,7%).

2997 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 411 der 1383 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 29,7%). Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 77,1%.

Die Interventionszahlen und die erzielte Erfolgsquote widerspiegeln nur teilweise, für wie viele Versicherte sich der Ombudsman und sein Team im Coronajahr 2020 erfolgreich eingesetzt haben. Seine Sammelinterventionen im Frühling 2020 bei den Epidemie-Versicherern haben auch tausenden weiteren Versicherten den Weg zu gütlichen Lösungen geebnet, welche sich gar nicht an die Ombudsstelle wenden mussten. Es handelte sich vorwiegend um Betriebe aus der Gastrobranche, die zunächst trotz bestehender Epidemie-Versicherung infolge Pandemie keine Entschädigung des Versicherers für den verhängten Lockdown bzw. für die Verluste während des behördlich angeordneten Betriebsunterbruchs erhalten hatten.

So lag der Schwerpunkt der Tätigkeit der Ombudsstelle im 2020 eindeutig bei den Epidemie-Versicherungen. Während der ersten Welle waren die Anzahl Anfragen in diesem Zusammenhang besonders ausgeprägt. Die dynamische Entwicklung der COVID-19-Pandemie im In- und Ausland und die daraus resultierenden länderspezifischen Massnahmen führten auch zu einem markanten Anstieg der Fallzahlen (von 147 auf 313) in der Branche Reiseversicherung, dies verbunden mit ständig neuen Deckungsfragen.

Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung/UVG und der Militärversicherung hat die Anzahl der Anfragen hingegen um 20% abgenommen (von 869 auf 692). Die Vermutung liegt nahe, dass dies ebenfalls eine Folge des am 16.03.2020 vom Bundesrat angeordneten Lockdowns ist. Eine Abnahme bei den Fallzahlen gab es auch bei den meisten Branchen im Privatversicherungsbereich. Auch dies dürfte einerseits auf die während der Gesundheitskrise geänderten Lebensumstände zurückzuführen sein (z.B. weniger Einbruch- und Diebstahlereignisse), aber andererseits auch auf eine Vereinnahmung der Aufmerksamkeit der Versicherten auf die Coronasituation und deren Folgen (z.B. Umstellung auf Homeoffice, geändertes Freizeitverhalten etc.).

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2020
Gesamtübersicht 1
Entwicklung der Fallzahlen 1
Anliegen und Beschwerden im Privatversicherungs-Bereich pro Branche 2
Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen 3
– Eingegangene Gesuche total 3
– Gesuche im Zuständigkeitsbereich 3
Interventionsfälle 4
– Interventionszahlen 4
– Interventionsquote 5
– Interventionen im Privatversicherungs-Bereich pro Branche 5
– Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche 6

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften 7

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen
Bereich Privatversicherungen 8
– Nichtleben-Bereich 8
– Leben-Bereich 16
– Hypothekar-Darlehensverträge 17
UVG-Bereich und die Militärversicherung 18
Bereich berufliche Vorsorge 20

Die Zweigstellen
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 22
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 24

Weitere Aktivitäten 27

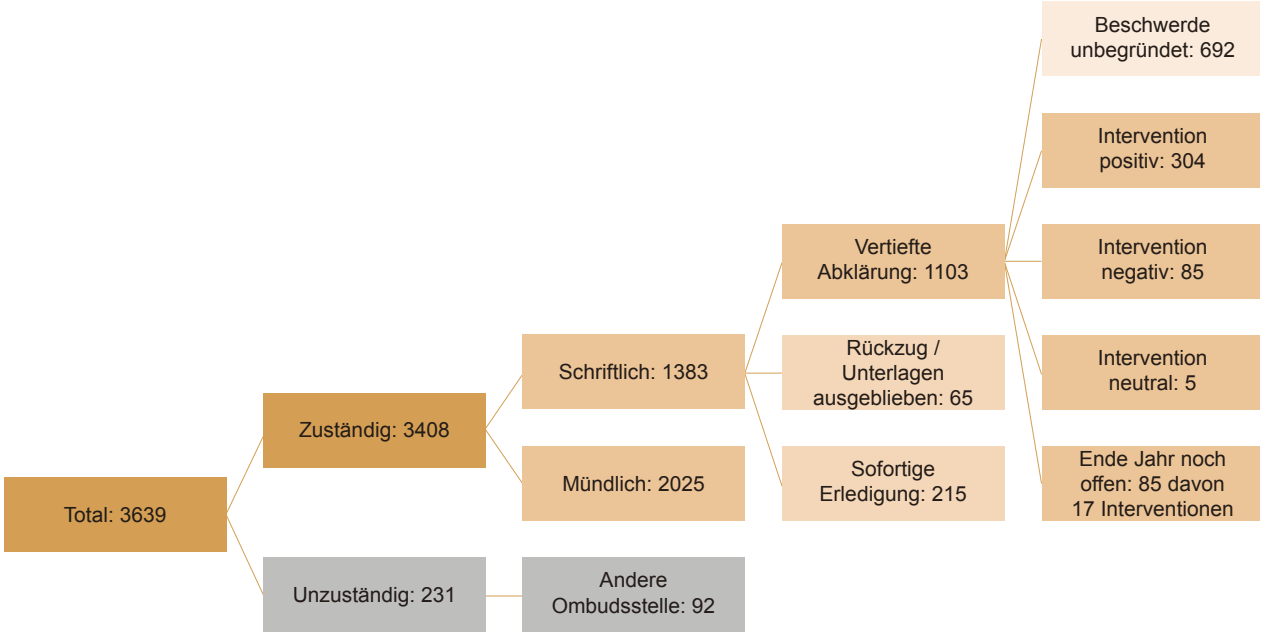
Erneuerungen im Stiftungsrat 28

Statistiken 2020
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 29
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 29
Tätigkeit 2010 bis 2020 29

Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z 30

Übersicht über das Berichtsjahr 2020

Gesamtübersicht

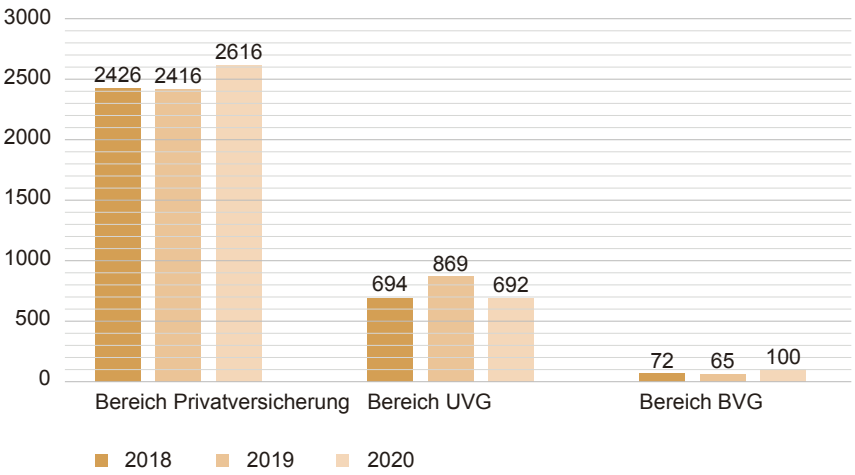


Im Berichtsjahr 2020 wurden der Ombudsstelle 3639 (Vorjahr 3703) Anliegen und Beschwerden unterbreitet. Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen von 3350 auf 3408 (1,7%) leicht angestiegen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 353 auf 231 (34,6%) gesunken. Sie betreffen wie in den Vorjahren vor allem Krankenkassen-Angelegenheiten, für deren Bearbeitung die Ombudsstelle der Krankenversicherung zuständig ist, sowie Sozialversicherungen, kantonale und ausländische Versicherungen, aber auch autonome BVG-Einrichtungen.

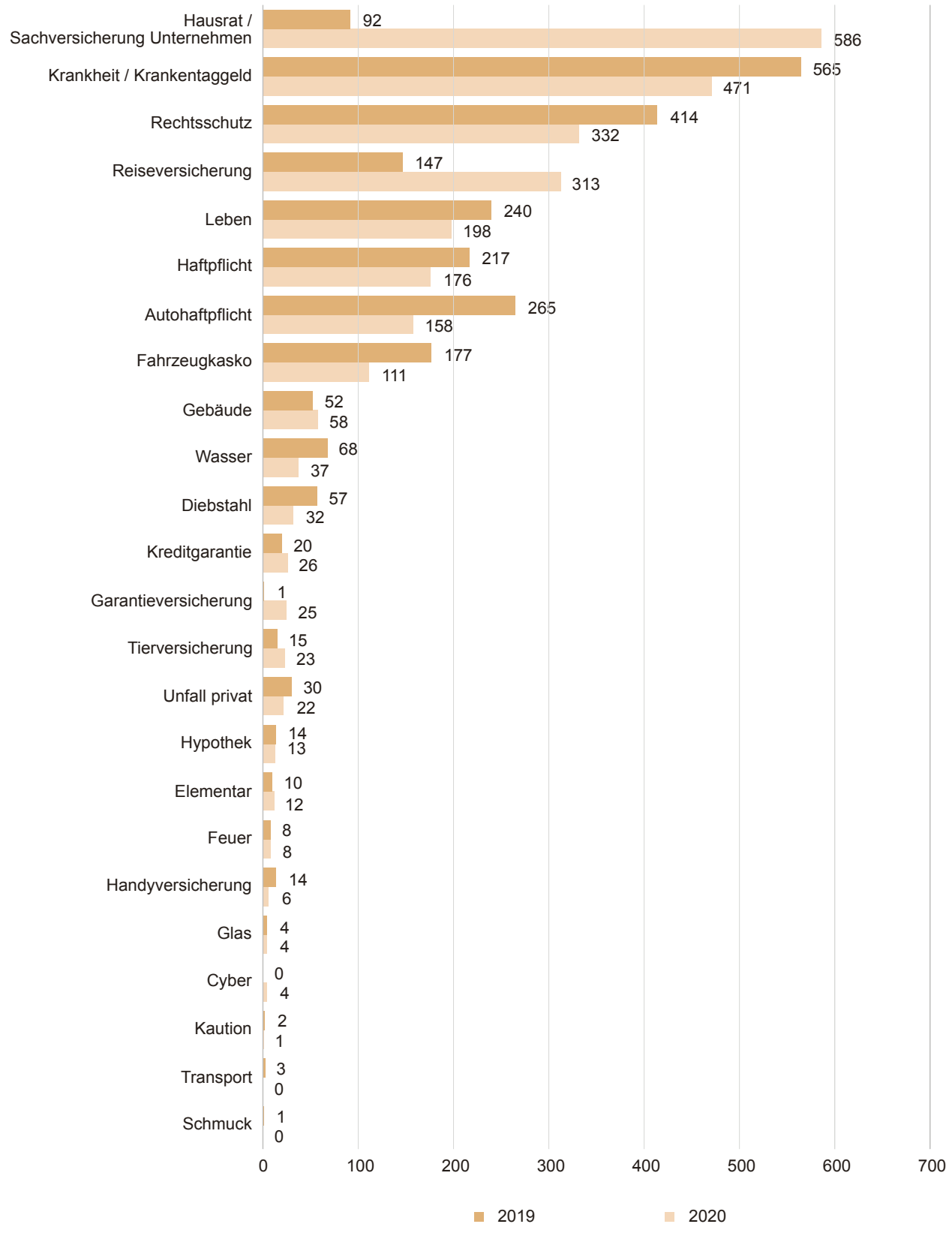
16 Anfragen betrafen die Tätigkeit von Versicherungsbrokern. 14 Beschwerden betrafen Versicherer, die unserer Stiftung nicht angeschlossen sind. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt dementsprechend ca. 99% des Retailkundengeschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

Entwicklung der Fallzahlen



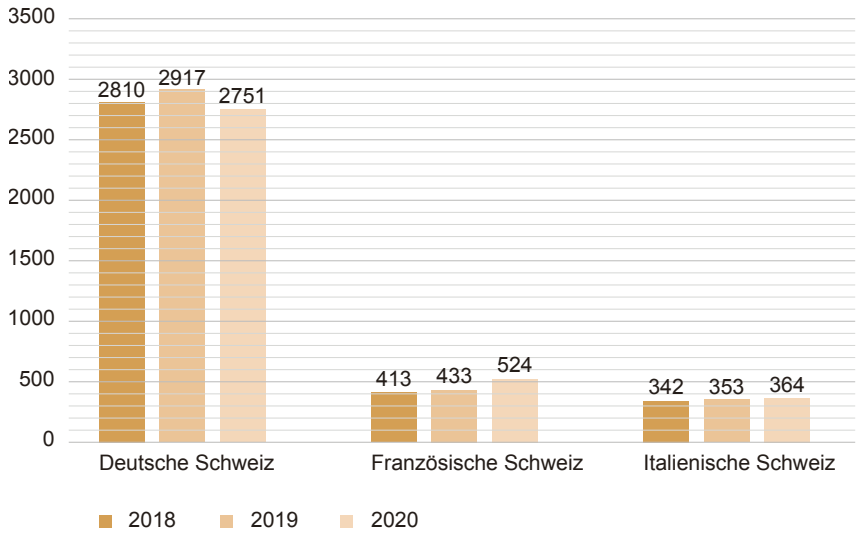
Der Anstieg der Fallzahlen der Ombudsstelle betraf nicht alle Versicherungsbereiche, mit denen sich die Ombudsstelle befasst. Im UVG-Bereich sind die Fallzahlen im Coronajahr 2020 von 869 auf 692 zurückgegangen und erreichten ein ähnliches Ausmass wie im Jahr 2018.

Anliegen und Beschwerden im Privatversicherungs-Bereich pro Branche

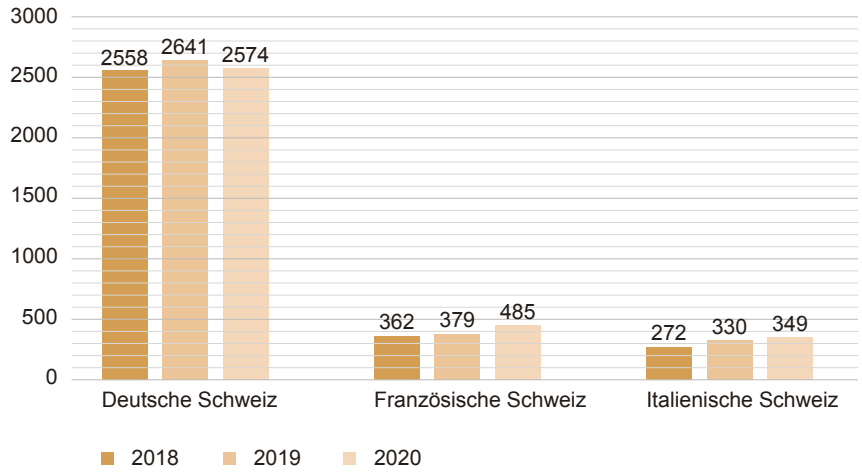


Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total



Gesuche im Zuständigkeitsbereich

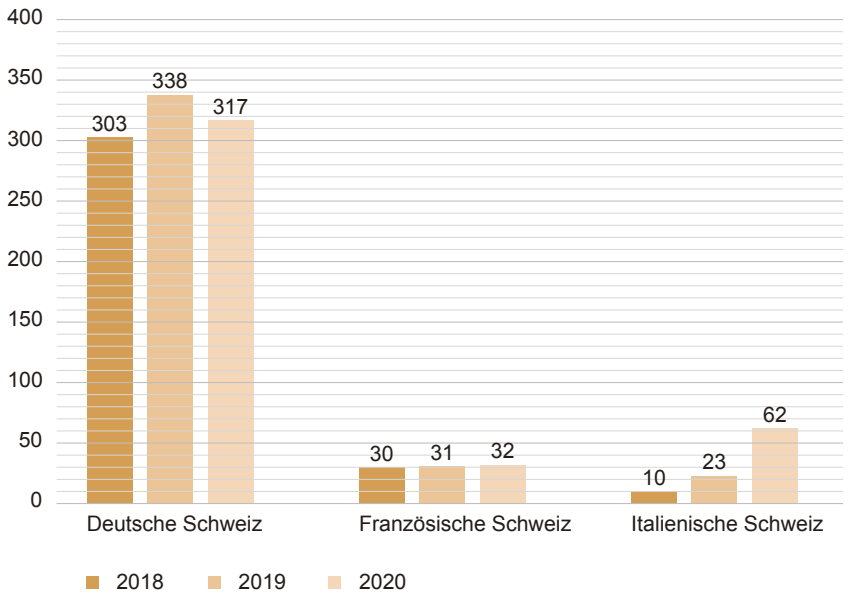


Die Zunahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 3335 auf 3408 (1,7%) betraf die Zweigstellen in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. In Neuchâtel sind die Fallzahlen um 27,9% gestiegen. In Lugano betrug der Anstieg der Fallzahlen 5,7%, in Zürich sind die Fallzahlen um 2,6% zurückgegangen.

Interventionsfälle

Interventionszahlen

Das Total der Interventionsfälle ist von 392 auf 411 gestiegen.

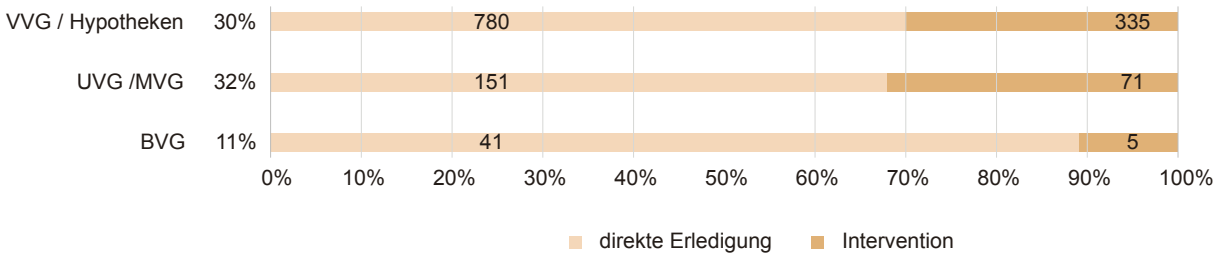


Diese statistisch als Interventionen erfassten Zahlen beziehen sich auf den Teil der Versicherten, welche der Ombudsstelle einen Beschwerdefall schriftlich unterbreitet haben.

Im Berichtsjahr hat sich der Ombudsman im Rahmen seiner Sammelinterventionen im Frühling 2020 bei den Epidemie-Versicherern auch für einige tausend weitere Versicherte eingesetzt, welche sich nicht schriftlich an ihn wenden mussten. Es handelte sich vorwiegend um Betriebe aus der Gastrobranche, die trotz bestehender Epidemie-Versicherung infolge Pandemie keine Entschädigung des Versicherers für den verhängten Lockdown bzw. für die Verluste während des behördlich angeordneten Betriebsunterbruchs erhalten hatten (vgl. dazu die weiteren Ausführungen zur Tätigkeit der Ombudsstelle im Nichtleben-Bereich, Seite 8).

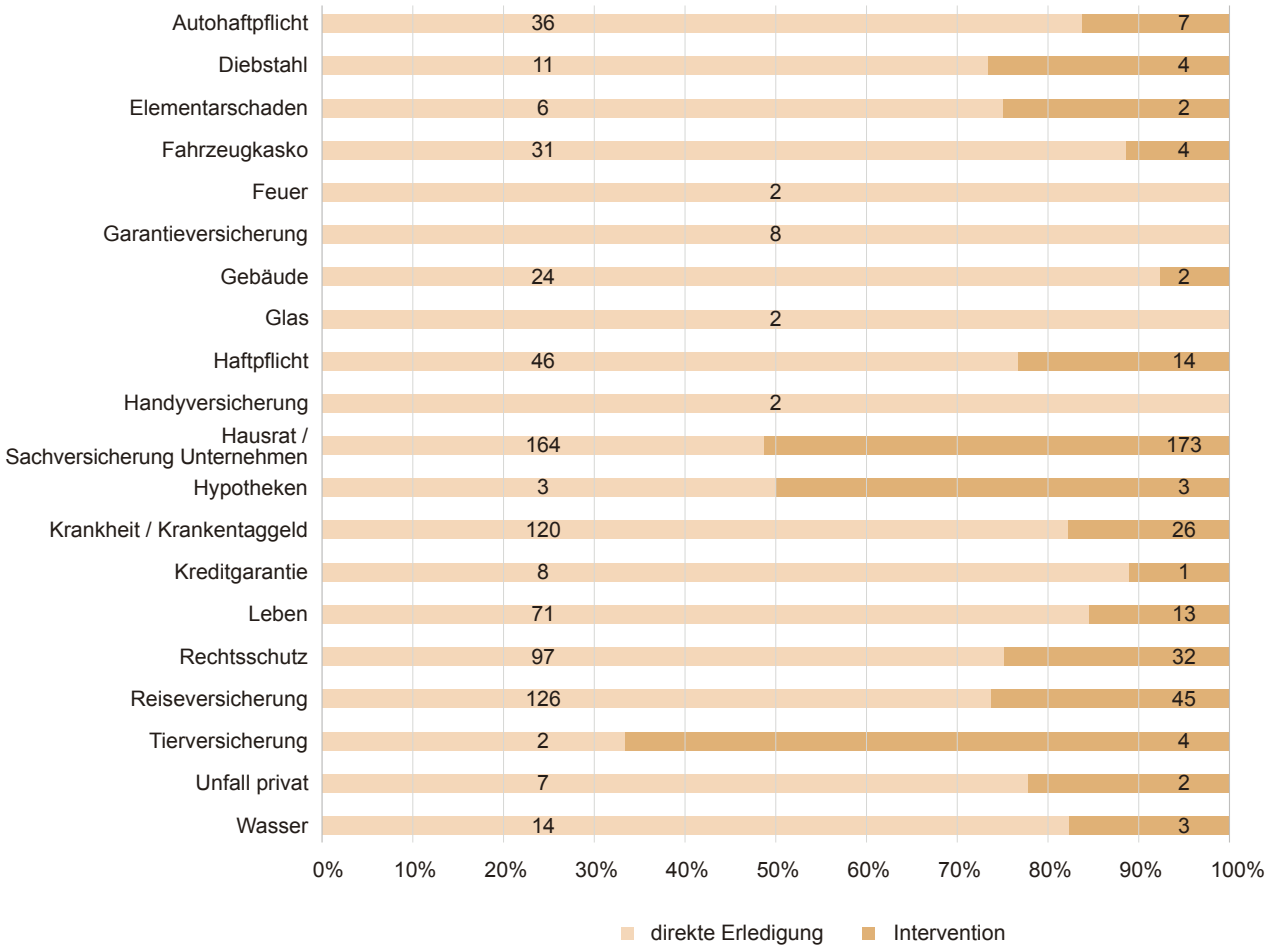
Interventionsquote

(ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)

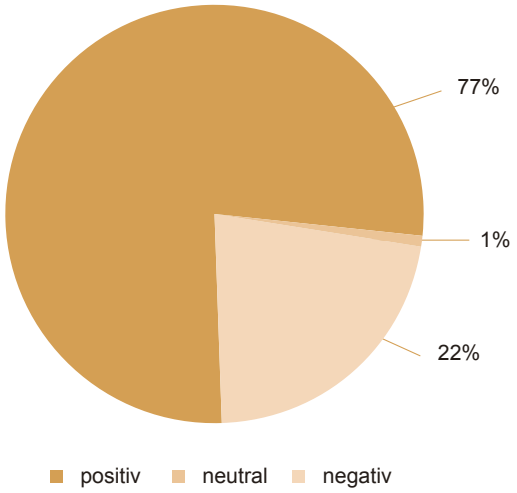


Interventionen im Privatversicherungs-Bereich pro Branche

(ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)



Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche



Das Ergebnis der per Ende 2020 abgeschlossenen 394 (Vorjahr 372) Interventionen war in 304 (224) Fällen positiv und in 85 (136) Fällen negativ. In 5 (12) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. (Hinzu kommen 17 Interventionsfälle, die Ende 2020 noch nicht abgeschlossen werden konnten).

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit rund 77% (60,2%). Diese hohe Erfolgsquote ist massgeblich auf die erfolgreich durchgeführten Vermittlungen mit Epidemie-Versicherern zurückzuführen.

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.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

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

Dies gilt sowohl bezüglich der Seriosität, mit welcher Interventionen geprüft wurden, als auch bezüglich der Qualität der Stellungnahmen. Diese waren in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert. Die Zusammenarbeit hängt wesentlich von der Arbeit der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsman bei den Versicherern ab. Der Ombudsman hat bei den meisten Gesellschaften eine direkte Ansprechperson auf Direktions- oder Geschäftsleitungsebene. Dieses seit Jahrzehnten bewährte Ansprechpartner-Prinzip dient insbesondere dem Ziel, dass sich auf Seite des Versicherers ein Entscheidungsträger mit den nötigen Kompetenzen mit dem Beschwerdefall befasst. Die Ansprechperson soll zudem gewährleisten, dass die Angelegenheit auch auf Seiten des Versicherers möglichst unbefangen, neutral und mit neuen Augen, d.h. durch bisher noch nicht in die Fallbearbeitung involvierte Personen, in Wiedererwägung gezogen wird.

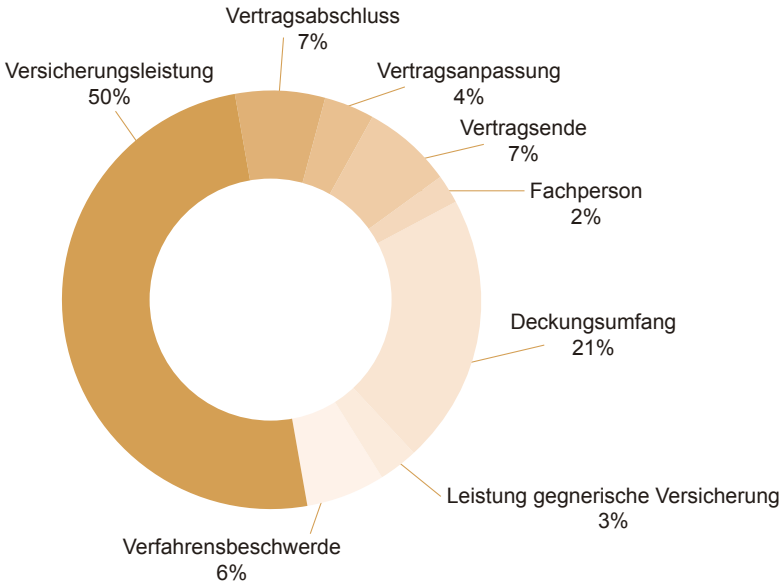
Unbefriedigend war die Zusammenarbeit mit den Versicherern bloss in Einzelfällen. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn Stellungnahmen zu routinemässig bzw. schematisch abgegeben wurden, oder wenn bei Festhalten an der bisherigen Position zu den Argumenten der Ombudsstelle nicht Stellung genommen wurde. Solche Fälle erforderten jeweils eine erneute Intervention.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle durch die Versicherer hat sich im Berichtsjahr teils spürbar verlängert. Dies dürfte massgeblich darauf zurückzuführen sein, dass ein grosser Teil der Belegschaft der Versicherer wegen der Gesundheitskrise im Home-Office gearbeitet hat und entsprechend Zeit benötigte, um sich an diese neue Situation anzupassen. Hinzu kamen vereinzelt auch Probleme von Versicherern bei der Einführung neuer IT-Systeme.

Im Personenversicherungsbereich waren verlängerte Bearbeitungszeiten teils auch darauf zurückzuführen, dass während des Lockdowns in Frühjahr 2020 medizinische Untersuchungen und Begutachtungen ausgesetzt und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurden.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Bereich Privatversicherungen



Die Mehrheit der Anfragen im Privatversicherungsbereich drehten sich um Probleme im Zusammenhang mit Leistungsfragen, gefolgt von Anfragen bezüglich Deckungsumfang, Vertragsabschluss, -ende und -anpassung. Wird die Beschwerde führende Partei durch eine Fachperson vertreten, kann die Ombudsstelle die Beschwerde mangels Zuständigkeit nicht weiter bearbeiten.

Nichtleben-Bereich

Obschon die Anzahl der Anfragen und Beschwerden an die Ombudsstelle in den meisten Branchen des Nichtleben-Bereichs zurückgegangen ist (vgl. dazu Seite 2 des Jahresberichts), sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich von 2162 auf 2405 gestiegen. Ursache für diesen Anstieg der Fallzahlen um ca. 11,2% sind zahlreiche Beschwerdefälle im Zusammenhang mit Epidemie- und Reiseversicherungen als Folge der COVID-19-Pandemie.

Insgesamt 587 Anfragen und Beschwerden standen im Zusammenhang mit den Folgen der COVID-19-Pandemie. Davon betrafen rund 75% Epidemie-Versicherungen von KMU-Betrieben, rund 23% Reiseversicherungen sowie ca. 2% Beschwerden gegen Versicherer anderer Branchen, z.B. Verfahrensbeschwerden wegen COVID-19-bedingt verzögerter Bearbeitung von Schadenfällen.

COVID-19-Pandemie / Epidemie-Versicherungen von KMU-Betrieben, insbesondere von Betrieben aus der Gastrobranche

Nach der Deklaration der «ausserordentlichen Lage» durch den Bundesrat am 16. März 2020 sind beim Ombudsman innerhalb von wenigen Tagen mehrere hundert Beschwerden von Versicherten (vorwiegend KMU-Betriebe aus der Gastrobranche) eingegangen. Diese verfügten zwar über eine Epidemie-Versicherung, erhielten aber infolge Pandemie keine Entschädigung des Versicherers für den verhängten Lockdown und den dadurch eingetretenen Betriebsunterbruch.

Vor dem Hintergrund der Vielzahl von Betroffenen und der grossen finanziellen Tragweite der erfolgten Deckungsablehnungen hat unsere Stiftung entschieden, ein unabhängiges und neutrales Rechtsgutachten bei einem anerkannten Rechtsprofessor in Auftrag zu geben.

In Anbetracht der ausserordentlichen Lage hat der Ombudsman dem Dachverband der Gastrobetriebe und den Medien bekannt gegeben, dass er sich – je nach Ergebnis des Gutachtens – für alle Epidemie-Versicherten einsetzt, also auch für diejenigen, die sich nicht an ihn wenden. Nachdem das Gutachten von Prof. Walter Fellmann am 23. April 2020 vorlag und viel Raum für gütliche Lösungen gab, führte der Ombudsman mit sämtlichen Versicherern, welche in der Zwischenzeit die Versicherungsdeckung nicht bereits ohnehin grundsätzlich

anerkannt hatten, Gespräche auf Geschäftsleitungsebene. Aufgrund der Flexibilität unseres Vermittlungsverfahrens erübrigten sich in der Folge bei fast allen involvierten Epidemie-Versicherern Interventionen im Einzelfall zu den strittigen Deckungsfragen.

Das von unserer Stiftung gewählte Vorgehen und die Ergebnisse des Gutachtens von Prof. Fellmann, welches am 15. Mai 2020 in deutscher und französischer Sprache veröffentlicht wurde und auf unserer Webseite aufgeschaltet ist, haben letztlich mit einem Minimum an Bürokratie und innert nützlicher Frist den Weg für gütliche Vergleichslösungen mit tausenden von Epidemie-Versicherten geebnet, die sich grösstenteils gar nicht persönlich an die Ombudsstelle wenden mussten. Letztere sind in den Zahlen unserer Statistik nicht erfasst.

Dafür, dass die involvierten Versicherer ab Vergleichsabschluss eine klare Rechtslage und daher einen einvernehmlichen Ausschluss des Pandemierisikos aus der Versicherungspolice wünschten, hat der Ombudsman Verständnis. Dies insbesondere auch aufgrund der Ausführungen von Prof. Fellmann in seinem Gutachten. Dieses zeigt unter anderem deutlich auf, dass Versicherungsprodukte, welche Verluste infolge von Betriebsschliessungen versichern, die von den Behörden aufgrund einer Pandemie angeordnet werden, ein sehr gefährliches unternehmerisches Risiko bzw. «Wagnis» für die Versicherer darstellen. Dies weil der Risikoausgleich unter den Versicherten im Falle einer flächendeckenden (bzw. örtlich und zeitlich nicht begrenzten) Pandemie nicht funktionieren kann. Wenn sämtliche Versicherten gleichzeitig den versicherten Schaden erleiden, dann reichen dem Versicherer die bezahlten Prämien gar nicht aus, um alle versicherten Schäden zu vergüten. Versicherbar sind letztlich nur Risiken, die im Schadenfall mit der Gesamtheit der Prämieneinnahmen gedeckt werden können. Das ist beim Pandemierisiko nicht der Fall.

Der Ombudsman dankt den involvierten Epidemie-Versicherern für die mit ihm geführten konstruktiven Gespräche und ihre Bereitschaft zu gütlichen Lösungen mit ihren Versicherten, obschon sie auch über eigene Gutachten verfügten, welche die zuvor vorgenommenen Deckungsablehnungen infolge pandemiebedingt behördlich angeordneter Betriebsschliessungen in den jeweiligen Epidemie-Versicherungsprodukten als rechtsgültig bezeichneten.

Nebst dem überwiegenden Teil der Versicherten, welche die offerierten Vergleichslösungen akzeptierten, lehnte ein kleinerer Teil der Versicherten die offerierten Vergleichsvorschläge ab. Diese gingen teilweise bereits gerichtlich gegen ihre Versicherer vor. Es ist deshalb davon auszugehen, dass letztlich das Bundesgericht darüber entscheiden wird, ob und gegebenenfalls welche Deckungsausschlüsse der jeweiligen Versicherungsprodukte der verschiedenen Epidemie-Versicherer gültig oder ungültig sind.

Denjenigen Epidemie-Versicherten, welche nicht über ein Standard-Epidemie-Versicherungsprodukt verfügten, mussten wir teilweise mitteilen, dass die AVB effektiv keine Deckung vorsehen. In anderen Fällen war der Vermittlungsspielraum nach den im Mai 2020 geführten Gesprächen des Ombudsman mit den Geschäftsleitungen der involvierten Versicherer bereits ausgeschöpft.

COVID-19-Pandemie / Reiseversicherungen

In der Branche Reiseversicherungen haben sich die Fallzahlen im Berichtsjahr mehr als verdoppelt (von 147 auf 313). Dieser starke Anstieg der Beschwerden gegen Reiseversicherer ist direkt auf die Folgen des Coronavirus zurückzuführen.

Die behördlichen Massnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus im In- und Ausland haben unter anderem zur Absage von grösseren Anlässen, Grenzschliessungen, Einstellung von Flugverbindungen und häufig wechselnden Risikoländerlisten und Quarantäneregelungen etc. geführt. Viele gebuchte Reisen konnten deshalb nach Beginn der Pandemie gar nicht mehr oder nicht mehr wie geplant durchgeführt werden.

Es gab aber auch viele präventive Reiseannullierungen und vorzeitige Reiseabbrüche von an sich

reisefähigen Versicherten, deren Reise zwar durchgeführt werden konnte, die aber aus verständlichen Gründen Angst vor den Folgen einer Ansteckung mit dem Coronavirus hatten. In einigen Fällen wurden zudem Reisen annulliert oder vorzeitig beendet, um eine Quarantäne nach der Rückkehr in die Schweiz zu vermeiden.

Die dynamische Entwicklung der Situation im In- und Ausland und die daraus resultierenden länderspezifischen behördlichen Massnahmen, deren Änderungen und Aufhebungen führten für die Ombudsstelle ständig zu neuen Deckungsfragen.

Vermittlungsspielraum für die Ombudsstelle bestand in denjenigen Fällen, in denen eine Versicherungsdeckung bei Epidemie (mit oder ohne Deckungsausschluss bei Pandemie) bestand. Dies aber nur soweit, als nicht eine Fluggesellschaft oder ein Reiseveranstalter zur Rückerstattung der Kosten verpflichtet war, weil der Vertrag mit dem Kunden nicht eingehalten werden konnte. Diesen Versicherten empfahlen wir, sich an den Reiseveranstalter bzw. an die Airline zu wenden.

Leistungspflicht der Reiseveranstalter

Aufgrund der Anfragen stellte die Ombudsstelle eine Tendenz bei einigen Reiseveranstaltern fest, sich ihrer Pflicht gemäss Bundesgesetz über Pauschalreisen/PRG zur Rückerstattung der Kosten für Reisen, die (COVID-19-bedingt) nicht mehr vertragsgemäss durchgeführt werden konnten, zu entziehen und stattdessen auf die (angebliche) Zuständigkeit des Reiseversicherers zu verweisen.

Einige Beschwerdefälle betrafen Versicherte, die bei einem Reiseveranstalter eine Pauschalreise gebucht hatten (z.B. eine Tauchsafari auf den Malediven). Nachdem die Pauschalreise aufgrund von behördlichen Massnahmen (z.B. Annullation von Flügen) nicht mehr oder nicht mehr wie gebucht durchgeführt werden konnte, verwiesen diverse Reiseveranstalter ihre Kunden, welche eine Rückerstattung der bezahlten Kosten wünschten, an deren Reiseversicherer. Diese lehnten jedoch eine Leistungspflicht ab. Dies meistens mit der Begründung, gemäss dem Bundesgesetz über Pauschalreisen/PRG sei der Reiseveranstalter zur Rückerstattung der Kosten verpflichtet.

Wenn die Ombudsstelle bei der Prüfung von Beschwerdefällen feststellte, dass das PRG anwendbar ist, musste sie den Versicherten mitteilen, dass der Reiseveranstalter, der den abgeschlossenen Vertrag nicht einhalten konnte, gemäss Art. 11 PRG i.V. m. Art. 10 Abs. 3 lit. c auf Verlangen des Kunden die schnellstmögliche Rückerstattung der von Kunden bezahlten Beträge vornehmen muss. Gleichzeitig mussten wir sie auch darauf hinweisen, dass der Reiseveranstalter diese zwingenden Gesetzesbestimmungen nicht dadurch umgehen kann, indem er mit der Annullation einer gar nicht mehr vertragsgemäss durchführbaren Reise zuwartet, bis allenfalls der Kunde annulliert.

Mit anderen Worten muss der Kunde seinem Reiseveranstalter generell höchstens dann Annullationskosten bezahlen, wenn der Reiseveranstalter die Reise im Zeitpunkt der Annullation (noch) vertragskonform durchführen kann. Wie hoch die Annullationskosten sind, wenn die Reise noch durchgeführt werden kann, hängt vom Inhalt der AGB des Reiseveranstalters ab.

Nur unter der Voraussetzung, dass die AVB des Reiseversicherers eine Klausel beinhalten, wonach eine Versicherungsdeckung auch dann besteht, wenn eine Rückerstattung beim Veranstalter nicht erhältlich gemacht werden kann, könnte der Reiseversicherer für diejenigen Kosten leistungspflichtig werden, die eigentlich der Veranstalter zu bezahlen hat.

Diejenigen Versicherten, welche einen Rückerstattungsanspruch nach Art. 11 PRG gegenüber ihrem Reiseveranstalter hatten, mussten wir deshalb an den Ombudsman der Schweizer Reisebranche weiterverweisen.

Die Risikoländerliste des BAG ist nach Auffassung des Ombudsman einer behördlichen Reisewarnung gleichzusetzen

22 von insgesamt 45 Interventionsfällen bei Reiseversicherungen standen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Davon waren 16 erfolgreich (72,7%) und führten zur Schadenübernahme durch den Reiseversicherer. In 6 Fällen konnte jedoch keine Schadenzahlung an die Beschwerdeführenden erreicht werden. Einen dieser Fälle betrachtet der Ombudsman als rechtlich problematisch.

Ein frisch vermähltes Ehepaar wollte am 1.08.2020 zu einer 7-wöchigen Hochzeitsreise in die USA aufbrechen. Diese konnte jedoch nicht durchgeführt werden, weil Anfang August 2020 ein Einreisestopp in die USA für Personen aus dem Schengen-Raum galt. Die einzelnen Dienstleistungen der Reise (Beförderungen, Unterkünfte etc.), die alle einzeln gebucht worden waren, mussten daher storniert werden. Für die Rückerstattung der nicht stornierbaren Kosten wandten sich die Beschwerdeführer an ihren Reiseversicherer. Dieser lehnte die Übernahme der betreffenden Kosten jedoch mit der Begründung ab, dass das Leben der versicherten Personen im Reiseland nicht konkret gefährdet gewesen sei und das BAG nicht vor Reisen in die USA gewarnt habe. Auch entspreche ein Einreisestopp keinem versicherten Ereignis.

Der Ombudsman stellte zwar fest, dass die Einreisesperre in die USA gemäss den massgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB kein versichertes Ereignis darstelle. Dennoch erachtete er den Entscheid des Versicherers als falsch und teilte diesem in seiner Intervention mit, dass es zwar zutreffe, dass das BAG und das EDA zum Zeitpunkt der Reise keine direkte Reisewarnung für die USA ausgesprochen hatte. Der Bundesrat habe jedoch gemäss dem Anhang zur COVID-19-Verordung (Stand am 23.7.2020, SR 818.101.27) die USA als Risikogebiet eingestuft. Damit verbunden sei gemäss Art. 2 VO eine zehntägige Quarantänepflicht für alle Rückkehrer aus den Risikogebieten.

Weiter machte der Ombudsman unter Hinweis auf das Gutachten von Prof. W. Fellmann (S.29 und 30) geltend, dass Klauseln in den AVB, welche für die Deckung einer Reiseannullation eine Empfehlung durch eine schweizerische Behörde voraussetzen (z.B. das Abraten von einer Reise), seiner Meinung nach lediglich sicherstellen wollen, dass nicht jeder persönlich wichtige Annullationsgrund versichert ist, sondern nur Annullationen, die auch von einer Behörde (aus objektiver Sicht) als empfehlenswert betrachtet werden.

Der Ombudsman gab der Reiseversicherung daher seine Rechtsauffassung bekannt, dass ein Versicherer die Deckung nicht ablehnen könne, wenn wegen anderer (objektiver) Kriterien, wie im vorliegenden Fall dem Erlass der COVID-19-Verordnung, gezeigt werden könne, dass eine Reise nicht zumutbar ist. Die Erwähnung der USA als Risikogebiet im Anhang der erwähnten COVID-19-Verordnung und der damit verbundenen Quarantänepflicht stelle seines Erachtens ein solches Kriterium dar.

Der Reiseversicherer hielt jedoch an seiner Position fest und wies darauf hin, dass von den Schweizerischen Behörden keine explizite Reisewarnung ausgesprochen worden sei. Die Ombudsstelle hatte kein Verständnis für diese sehr formale Position. Dies nicht nur aufgrund der Ausführungen von Prof. Fellmann in seinem Gutachten, sondern auch deshalb, weil die Schweizerischen Behörden nach unserem Kenntnisstand keine COVID-19-bedingten expliziten Reisewarnungen ausgesprochen hatten. Er intervenierte daher erneut beim Versicherer und legte diesem gegenüber dar, dass die Risikoländerliste des BAG analog einer expliziten Reisewarnung konkrete Aussagen zu erhöhten Ansteckungsrisiken in bestimmten Ländern und Gebieten macht, und dass diese Liste der Risikoländer im Ergebnis einen doppelten länderbezogenen Warncharakter hat. Einerseits soll die Bevölkerung wissen, in welchen Ländern ein weitaus höheres Ansteckungsrisiko mit dem Coronavirus besteht als in der Schweiz. Andererseits wird auch unmissverständlich aufgezeigt, welches die Konsequenz bei der Rückkehr in die Schweiz ist, wenn man in eines dieser Risikoländer reist.

Der Versicherer hielt jedoch definitiv an seinem Standpunkt fest. Der Ombudsman musste das betroffene Ehepaar über die gescheiterte Vermittlung informieren. Gleichzeitig legte er ihm seine anders lautende Rechtsauffassung dar und empfahl ihm, einen Anwalt oder die allfällig vorhandene Rechtsschutz-Versicherung zur vertieften Prüfung der Prozessaussichten beizuziehen.

In einem Teil der Fälle, die zu Beschwerden gegen Deckungsablehnungen der Reiseversicherer führten, konnten wir von vornherein nicht weiterhelfen.
Dazu gehören einerseits Fälle, bei denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB des Reiseversicherers weder Epidemie noch Pandemie als versichert bezeichneten, oder bei denen in den AVB ein expliziter Deckungsausschluss für Epidemie und Pandemie enthalten war. Andererseits gehören dazu insbesondere Annullationen und vorzeitige Abbrüche von Reisen, an deren Durchführung und Beendigung keine behördlich angeordneten Massnahmen im Wege standen und die noch ohne Einschränkung hätten durchgeführt werden können. Diese vorwiegend aus gesundheitspräventiven Gründen vorgenommenen Annullationen von reisefähigen Versicherten waren zwar nachvollziehbar und verständlich. Dennoch konnten wir aufgrund unserer neutralen Funktion in diesen Fällen mangels Vorliegens eines in den AVB als versichert bezeichneten Annullationsgrunds beim Reiseversicherer nicht intervenieren.

Branche Rechtsschutz-Versicherung / Rückgang der Fallzahlen

In der Branche Rechtsschutz-Versicherungen haben die Fallzahlen deutlich abgenommen (von 414 auf 332). Worauf dieser Rückgang zurückzuführen ist, können wir vor dem Hintergrund der Tatsache, dass das Coronavirus-Jahr 2020 gemäss Informationen der Branche zu höherem Rechtsschutz-Bedarf geführt hat, nicht beurteilen.

Rechtsschutz-Versicherung / Deckungslücken, die trotz nahtlosen Wechsels des Rechtsschutz-Versicherers entstehen können – Problematik bei der sogenannten «negativen Doppeldeckung»

Verschiedentlich hatten wir uns mit Beschwerdefällen zu befassen, bei denen trotz nahtlosen Wechsels des Rechtsschutz-Versicherers die Versicherungsdeckung für Rechtsschutzfälle abgelehnt worden war, obwohl es sich sowohl beim Vorversicherer als auch beim Nachversicherer um einen in örtlicher, sachlicher und persönlicher Hinsicht gedeckten Schadenfall gehandelt hatte.

Dieses Problem ist darauf zurückzuführen, dass es bei Rechtsschutz-Versicherungen um sogenannte Stufengefahren geht. Das bedeutet, dass die zeitliche Versicherungsdeckung der meisten Rechtsschutz-Versicherer voraussetzt, dass sowohl der versicherte Rechtsstreit, der den Bedarf nach Rechtsschutz auslöst, als auch das Grundereignis, auf das der Rechtsstreit zurückzuführen ist, während der Dauer des Versicherungsvertrags eingetreten sind.

Als Beispiel sei der Fall eines Versicherungsnehmers genannt, der während der Vertragsdauer mit dem früheren Rechtsschutz-Versicherer erkrankte. Nach nahtlosem Wechsel des Rechtsschutz-Versicherers trat eine Streitigkeit mit seinem Krankentaggeld-Versicherer ein. Der neue Rechtsschutz-Versicherer lehnte das Rechtsschutz-Gesuch seines Versicherten gegen den Krankentaggeld-Versicherer jedoch ab, weil gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB auch das Grundereignis, d.h. die Krankheit, während der Dauer des Vertrags eingetreten sein muss.

Damit Versicherte in solchen Fällen, bei denen eine sogenannte «negative Doppeldeckung» vorliegt, nicht «zwischen Stuhl und Bank» fallen, hat die Kommission Rechtsschutz des SVV vor einigen Jahren eine Empfehlung an die Rechtsschutz-Versicherer zu Gunsten derjenigen versicherten Personen abgegeben, deren Policen nicht vom Vorversicherer gekündigt worden waren.

Diese Empfehlung sieht im Wesentlichen vor, dass ein Rechtsschutzgesuch nicht wegen fehlender zeitlichen Deckung zufolge eines Versicherungswechsels

oder der noch laufenden Karenzfrist beim Nachversicherer (z.B. bei arbeitsrechtlichen Rechtsstreitigkeiten) abgelehnt werden darf. Im Weiteren sieht diese Empfehlung auch eine Aufteilung der Schadenkosten zwischen Vor- und Nachversicherer vor.

Der Ombudsman begrüsst diese Empfehlung, welche im doppelten Interesse der Versicherten ist. Sie verhindert nicht nur, dass Versicherte nach einem Wechsel des Versicherers zwischen Stuhl und Bank fallen, sondern fördert auch den Wettbewerb unter den Versicherern.

Die meisten Rechtsschutz-Versicherer haben diese Empfehlung ratifiziert und befolgen diese im Interesse der Versicherten, aber nicht alle.

Empfehlung an die Rechtsschutz-Versicherer:
Der Ombudsman würde es daher begrüssen, wenn sämtliche Rechtsschutz-Versicherer diese Empfehlung der Fachkommission Rechtsschutz des SVV unterzeichnen und sie befolgen würden.

Auskauf von Rechtsschutz-Leistungen / Die Auskaufsumme, die dem Versicherten bezahlt wird, muss sowohl den materiellen Streitwert als auch das Prozess- und Inkasso-Risiko des Versicherten gebührend berücksichtigen

Im Berichtsjahr haben uns verschiedene Rechtsschutz-Fälle beschäftigt, bei denen der Versicherer von seinem Recht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB Gebrauch gemacht hat, anstelle der versicherten Rechtsschutz-Leistung das wirtschaftliche Interesse der versicherten Person durch einen Prozessauskauf abzugelten.

Einer dieser Fälle betraf einen Versicherten, der während eines Aufenthalts in Belgien ein Problem mit dem Automatikgetriebe seines Mercedes bekam. Eine belgische Garage stellte als Ursache einen Ölverlust fest. Der Garagist teilte ihm mit, dass er mindestens zwei Wochen warten müsse, bis die Reparatur durchgeführt werden könne, weil die benötigten Ersatzteile schwierig zu beschaffen seien. Eine Firma in Düsseldorf sicherte ihm jedoch zu, die Reparatur innerhalb einer Woche durchführen zu können, worauf er sein Fahrzeug dort reparieren liess. Die Reparatur dauerte indes länger als in Aussicht gestellt, weil das Getriebe (angeblich) vollständig auseinandergenommen werden musste. Nachdem der Versicherte sein Auto abgeholt hatte, fuhr er wieder nach Belgien. Dort stellte er erneut einen Ölverlust beim Getriebe fest. Die belgische Garage teilte ihm daraufhin mit, dass die Reparatur in Deutschland nicht korrekt durchgeführt worden sei. Die Hydraulikpumpe sowie (ev.) der hydraulische Kupplungsumwandler hätten nach Auffassung der Garage ersetzt werden müssen. Der Versicherte nahm in der Folge umgehend mit der Reparatur-Firma in Düsseldorf Kontakt auf, welche jedoch eine fehlerhafte Reparatur verneinte.

Der Betroffene wandte sich daher an seinen Rechtsschutz-Versicherer. Diese schrieb der Firma in Düsseldorf einen Brief, der nicht zum gewünschten Erfolg führte, und bot ihrem Versicherten schliesslich einen Prozessauskauf im Betrag von CHF 500.- an.

Damit war der Versicherte jedoch nicht einverstanden. Er schätzte seinen Schaden infolge fehlerhafter Reparatur auf ca. CHF 4'600.- und verlangte von seinem Rechtsschutz-Versicherer eine höhere Entschädigung oder eine nachvollziehbare Begründung für den seiner Meinung nach zu tiefen Betrag. Der Rechtsschutz-Versicherer beschränkte sich in seiner Antwort lediglich auf die Vertragsbedingungen/AVB. Demnach habe die Versicherungs-Gesellschaft das Recht, anstelle der versicherten Leistung das wirtschaftliche Interesse der versicherten Person durch einen Prozessauskauf abzugelten und sich dadurch von der Leistungspflicht zu befreien. Ausgangspunkt ist gemäss den AVB der materielle Streitwert unter Berücksichtigung des Prozess- und Inkassorisikos.

Da die Gesellschaft ihre Auskaufofferte nicht erhöhte, wandte sich der Versicherte an die Ombudsstelle, welche beim Versicherer intervenierte. Der Ombudsman wies diesen darauf hin, dass das Angebot von CHF 500.- tatsächlich im Missverhält-

nis zum geschätzten Schaden stehe. Die Höhe des Angebots sei jedoch ein Indiz dafür, dass die Gesellschaft die Chancen eines Prozessgewinns nur auf 1/9 der geltend gemachten Schadensumme schätze und damit eigentlich als aussichtslos betrachte. Wie sie zu dieser Einschätzung gelange, sei weder dargelegt worden noch nachvollziehbar, zumal aus Sicht des Ombudsman eine Beurteilung des Prozess- und Inkassorisikos eine Fahrzeugexpertise und den Beizug eines deutschen Anwalts erfordere.

Das Vorgehen der Gesellschaft komme im Ergebnis daher einer teilweisen Deckungsablehnung gleich. Der Ombudsman ersuchte die Gesellschaft um Neubeurteilung ihrer Versicherungsleistung und wies sie darauf hin, dass dem Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der grossen Distanzen und der Situation im Zusammenhang mit dem Coronavirus nicht zugemutet werden könne, sein Fahrzeug nochmals zur Garage in Düsseldorf zu bringen, damit diese eine allfällige Nachbesserung vornehmen könne.

Infolgedessen offerierte der Versicherer dem Beschwerdeführer einen Prozessauskauf im Betrag von EUR 3'000.- oder alternativ dazu die Möglichkeit, die Angelegenheit auf Kosten des Rechtsschutz-Versicherers einem deutschen Anwalt zur Prüfung zu unterbreiten. Der Versicherte akzeptierte den nunmehr erhöhten Auskaufbetrag.

Privathaftpflicht-Versicherungen – Verantwortlichkeit des Besitzers eines Outdoor-Trampolins

Outdoor-Trampolins können gefährlich sein. Ein Einzelfall, welcher uns im Berichtsjahr unterbreitet wurde, zeigt dies eindrücklich. Am 3. Februar 2020 ereignete sich im Lavaux/VD ein heftiger Sturm. Dabei wurde das Trampolin eines Versicherten vom Wind in den benachbarten Weinberg geschleudert, was einen Schaden an den dortigen Rebkulturen verursachte. Personen kamen im konkreten Fall nicht zu Schaden.

Für die schadenbedingten Aufräumarbeiten stellte die Eigentümerin des benachbarten Grundstücks dem Versicherten eine Rechnung von ca. CHF 1'200.- zu. Dieser wandte sich zunächst an seinen kantonalen Elementarschadenversicherer, welcher die Kostenübernahme mit der Begründung ablehnte, das Unwetter sei angekündigt gewesen. Offensichtlich sei das Trampolin auch nicht genügend befestigt gewesen, weshalb ihn ein Verschulden am Schaden treffe. Der Trampolin-Besitzer meldete den Schaden sodann seinem Privathaftpflicht-Versicherer an. Auch dieser lehnte die Übernahme des Schadens ab. Zur Begründung machte er geltend, dass zum Schadenszeitpunkt Sturmwinde über 75 km/h geherrscht haben und es sich somit um höhere Gewalt handle, wofür er nicht haftbar gemacht werden könne.

Nach Kenntnisnahme der Deckungsablehnungen der involvierten Versicherer intervenierte der Ombudsman beim Privathaftpflicht-Versicherer. In seiner Intervention bezeichnete er als fraglich, ob man tatsächlich höhere Gewalt als Schadensursache bezeichnen könne. Dies zumal auf Basis der Akten keine Anhaltspunkte für weitere Schäden an Outdoor-Trampolinen in der betreffenden Gegend bestanden. Die Ombudsstelle gehe daher davon aus, dass das Trampolin bei ausreichender Befestigung – trotz des Elementarereignisses – nicht weggerissen worden wäre.

Nach Neuüberprüfung des Schadens teilte der Versicherer dem Ombudsman mit, dass am Schadendatum in der fraglichen Region Sturmwinde von 105 km/h gemessen wurden. Bei solch hohen Windgeschwindigkeiten könne man deshalb bereits von «höherer Gewalt» ausgehen. Als Versicherer nehme er jedoch zur Kenntnis, dass sein Kunde das Trampolin nicht gesichert und der Schadenfall trotz des sehr starken Sturmes eventuell hätte verhindert werden können. Aufgrund dieser Tatsache sei er bereit, auf die Forderungen des Trampolinbesitzers einzutreten und den Haftpflicht-Schaden abzüglich des vertraglichen Selbstbehalts von CHF 200.- zu vergüten.

Vor dem Hintergrund der Aussage des Elementarschadenversicherers, dass der Sturm angekündigt worden war, hatte der Versicherte im konkreten Fall wohl insofern Glück, als sein Privathaftpflicht-Versicherer keine Leistungskürzung wegen grobfahr-

lässiger Schadenherbeiführung geltend gemacht hat. Grobfahrlässig handelt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, wer elementare Vorsichtspflichten verletzt, deren Beachtung sich jedem verständigen Menschen in der gleichen Lage und unter den gegebenen Umständen aufdrängen.

Autohaftpflicht – Kollision zwischen einem Motorfahrzeug und einem Tier

Gelegentlich haben wir uns mit Fällen zu befassen, bei denen ein Autolenker ein Tier angefahren hatte. In solchen Fällen hat die Ombudsstelle jeweils zu prüfen, ob es auch um eine Kollision von Gefährdungshaftung des Motorfahrzeughalters nach Art. 58 SVG und der gewöhnlichen Kausalhaftung des Tierhalters nach Art. 56 OR geht. Muss diese Frage bejaht werden, entspricht es der Praxis, den Schaden im Verhältnis von 2/3 zu 1/3 zulasten des Motorfahrzeughalters zu teilen, sofern keinen der Beteiligten ein Verschulden trifft. Wenn eine Gefährdungshaftung des Motorfahrzeughalters und eine gewöhnliche Kausalhaftung des Tierhalters zusammentreffen, hat der Motorfahrzeughalter den grösseren Teil des Schadens zu tragen, weil er Dritte besonders gefährdet.

In einem dieser Fälle fuhr ein Motorfahrzeuglenker mit seinem PW eine Katze an und verletzte diese. Die Tierarztkosten für ihre Behandlung beliefen sich auf rund CHF 4'300.-.

Nachdem die Halterin der Katze den Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer des Fahrzeuglenkers um Vergütung dieser Kosten ersucht hatte, teilte ihr dieser mit, dass er nur 65% der Behandlungskosten übernehmen könne. Die übrigen Kosten würden im Rahmen der von ihr zu tragenden Haftungsquote als Tierhalterin zu ihren Lasten gehen.

Nach Erhalt ihres Vermittlungsgesuchs intervenierte der Ombudsman beim Motorfahrzeug-Versicherer und teilte diesem seine Einschätzung mit, dass weder den Fahrzeughalter noch die Tierhalterin ein Verschulden am Unfall treffe. Bei der Aufteilung der Haftungsquoten sei einerseits dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Halter des Fahrzeuges für die Betriebsgefahr einzustehen hat. Die Tierhalterin hafte jedoch nur insoweit, als sie nicht nachweise, dass sie alle nach den Umständen gebotene Sorgfalt in der Verwahrung und Beaufsichtigung ihrer Katze angewendet hat (Entlastungsbeweis). Da es sich bei ihrer Katze um keine Hauskatze handle, sei es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar, diese den ganzen Tag einzusperren. Katzen, welche sich auch draussen aufhalten, gelten eher als wild und liessen sich von vornherein nicht wie z.B. Hunde beaufsichtigen.

Insofern sei es nach Auffassung der Ombudsstelle im konkreten Fall nicht angemessen, der Katzenhalterin einen Teil der Heilungskosten aufzuerlegen, zumal dies eine Verletzung der nach den Umständen gebotenen Sorgfaltspflicht implizieren würde. Dies sei vorliegend nicht der Fall, womit auch der Grundlage für eine Aufteilung der Haftung entfalle.

Nach Neuüberprüfung des Falles entschuldigte sich der Versicherer für seine versehentlich vorgenommene Fehlbeurteilung der Haftungsfrage und erstattete der Beschwerdeführerin den noch offenen Schadenanteil von 35% der Behandlungskosten.

Krankentaggeld-Versicherung

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen im Berichtsjahr zurückgegangen (von 565 auf 471). Der Anteil der Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden strittig war, ist jedoch entsprechend den Vorjahren nach wie vor gross.

Krankentaggeldversicherung – Versicherungslücke für die Angestellten infolge Prämienausstands des Arbeitgebers

Ab und zu hatten wir uns mit Fällen zu befassen, bei denen Angestellte von KMU-Betrieben ihren Versicherungsschutz über die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ihres Arbeitgebers verloren hatten. Dies war jeweils darauf zurückzuführen, dass der Arbeitgeber die Versicherungsprämien auch nach Erhalt einer gesetzlichen Mahnung durch den Versicherer nach Art. 20 VVG nicht bezahlt hatte.

Tritt eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nach unbenutztem Ablauf der 14-tätigen Nachfrist zur Bezahlung der ausstehenden Prämie ein, besteht keine Versicherungsdeckung für den eingetretenen Versicherungsfall. In einem dieser Fälle bezahlte ein Krankentaggeld-Versicherer trotz einer seit Anfang März 2020 bestehenden Deckungslücke von Mitte März 2020 bis Ende Juli 2020 versehentlich Taggelder für einen krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewordenen Taxi-Chauffeur. Nachdem der Versicherer seinen Irrtum bemerkt hatte, verlangte er einen Teil der Krankentaggelder direkt vom Taxichauffeur zurück (ca. CHF 4'500.-). Diese hatte ihm der Taggeldversicherer direkt ausbezahlt. Die restlichen Taggelder verlangte der Versicherer vom damaligen Arbeitgeber zurück.

Danach wandte sich der betroffene Taxifahrer an den Ombudsman und teilte ihm mit, dass er einerseits nicht in der Lage sei, diesen Betrag zurückzuzahlen, und dass er andererseits nicht einsehe, weshalb er diese Taggelder zurückzahlen müsse, da nicht er mit den Prämien in Verzug gewesen sei, sondern sein Arbeitgeber.

Der Ombudsman teilte dem Versicherer in seiner Intervention mit, dass er sich bewusst sei, dass die Versicherungsdeckung gemäss Art. 20 Abs. 3 VVG und aufgrund der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ruht, wenn ein Versicherungsnehmer seine Prämien nicht bezahlt und er erfolglos gemahnt worden ist. Die Tatsache, dass irrtümliche Zahlungen an den Arbeitnehmer erfolgt seien, rechtfertige jedoch nicht zu einer Rückforderung nach den Regeln der ungerechtfertigten Bereicherung. Gemäss Art. 64 OR könne eine Rückerstattung nicht gefordert werden, wenn der Empfänger nachweisbar zur Zeit der Rückforderung nicht mehr bereichert ist, es sei denn, dass er sich der Bereicherung entäusserte und hierbei nicht in gutem Glauben war oder doch mit der Rückerstattung rechnen musste.

Die Ombudsstelle müsse aufgrund der erhaltenen Akten davon ausgehen, dass der Betroffene bezüglich der erhaltenen Krankentaggelder in gutem Glauben war und als angestellter Taxichauffeur mangels Kenntnis des Prämienrückstands der Arbeitgeberin auch nicht mit einer Rückerstattung rechnen musste. Im Weiteren sei davon auszugehen, dass er das Geld zum Lebensunterhalt benötigt habe. Der Ombudsman empfahl dem Versicherer daher, Abstand von seiner Rückforderung zu nehmen, was dieser nach Wiedererwägung seiner Position denn auch tat.

Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2020 (von 240 auf 198) erneut gesunken. Anlass zu einer Intervention gaben 13 Fälle (Vorjahr 27), wovon 46% erfolgreich waren.

Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen wie in den Vorjahren oft strittige Erwerbsunfähigkeitsleistungen, die Säule 3a sowie Erlebensfall-Leistungen bei Vertragsablauf und die Rückkaufswerte von vorzeitig aufgelösten Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil.

Säule 3a / Optimierungspotential beim Vertragsabschluss

In der Praxis besteht nach wie vor Potential zur Optimierung der Beratung beim Abschluss von Säule 3a Policen, insbesondere mit zugezogenen Arbeitskräften.

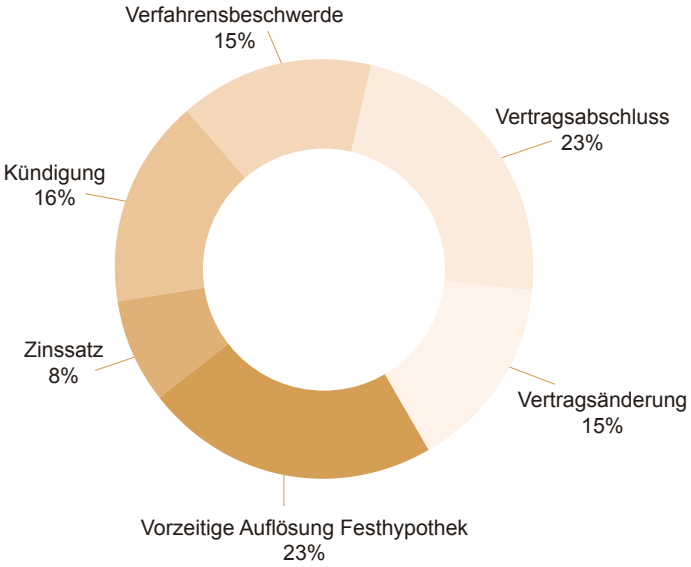
Wie bereits in früheren Jahren hatten wir uns unter anderem mit Beschwerden gegen Lebensversicherer zu befassen, welche Säule 3a Policen von jungen Erwachsenen und Arbeitnehmern aus der EU betrafen. Diese beklagten sich teilweise über die fehlende Information des Versicherers beim Vertragsabschluss. Vielen war nicht bewusst, dass sie nach Aufgabe

ihrer Arbeitstätigkeit in der Schweiz keine weiteren Prämienzahlungen in die Säule 3a vornehmen dürfen.

Beitragszahlungen in die Säule 3a setzen ein AHV-pflichtiges Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen voraus. Diese Informationen sind daher für sämtliche Säule-3a-Versicherten essentiell. Der Ombudsman vertritt daher die Rechtsauffassung, dass der Versicherungsvermittler beim Vertrieb von Säule 3a Policen nicht nur die Informationspflichten in Art. 3 VVG zu beachten hat. Wer sich auf Vertragsverhandlungen mit einer anderen Person einlässt, ist nach dem Grundsatz von Treu und Glauben über die gesetzlich geregelten Informationspflichten hinaus gehalten, die Gegenpartei über Tatsachen aufzuklären, welche für den Abschluss und den Inhalt des Vertrages für sie wesentlich sind. Zu diesen Tatsachen zählt bei der gebundenen Vorsorge Säule 3a die Aufklärung darüber, dass die Zulässigkeit der Prämienzahlung und damit der unveränderte Status des Vertrages auch in der Zukunft von der Erzielung eines AHV-pflichtigen Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen und der Möglichkeit des Steuerabzugs in der Höhe des zulässigen Beitrags (=Prämie) an die Säule 3a abhängt. Für Vorsorgeversicherungen dürfen nicht höhere Beiträge einbezahlt werden, als ein Steuerabzug nach Art. 7 Abs. 1 BVV 3 zulässig ist. Die Prämienzahlungsberechtigung ist daher während der gesamten Vertragsdauer von Bedeutung.

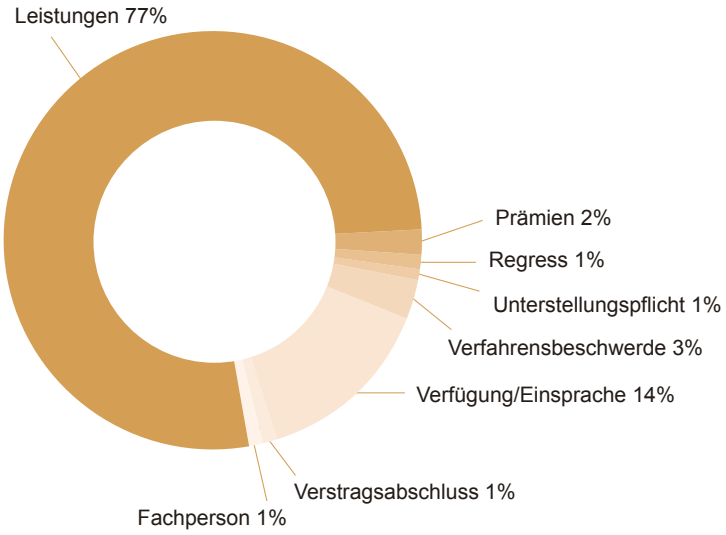
Empfehlung an die Lebensversicherer:
Damit diese Aufklärung nicht unterbleibt, empfiehlt der Ombudsman den Versicherern, diese wichtigen Informationen zu den Beitragsvoraussetzungen in die Säule 3a standardmässig in die Offert-Unterlagen zu integrieren.

Hypothekar-Darlehensverträge



Im Berichtsjahr wurden uns lediglich 13 (14) Anfragen zu Hypothekarverträgen mit Versicherungs-Gesellschaften unterbreitet. Diese betrafen wie im Vorjahr überwiegend Fragen im Zusammenhang mit Vorfälligkeitsentschädigungen sowie Vertragsauflösungen.

UVG-Bereich und die Militärversicherung



Im Berichtsjahr wurden 692 und damit rund 20% weniger Anfragen als im Vorjahr (869) an die Ombudsstelle gerichtet. 544 (704) Fälle entfielen auf die deutsche, 73 (74) auf die französische und 75 (91) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 79% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 21%.

Am häufigsten war die Kausalität zwischen einem Unfall und den geltend gemachten Gesundheitsbeschwerden strittig, gefolgt von Fragen zum Unfallbegriff, zur Heilbehandlung und zu Taggeldleistungen.

621 der insgesamt 692 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 71 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 35 (54,5%) der 64 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 28 (44%) Fällen war das Resultat negativ und in 1 weiteren (1,5%) Fall wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Nichtberufsunfall / Welcher Versicherer ist bei mehreren beruflichen Teilzeittätigkeiten zuständig?

Im Rahmen von Gesprächen mit Unfallversicherern hat die Ombudsstelle erfahren, dass im Berichtsjahr Nichtberufsunfälle zugenommen haben. Insbesondere die Zahl von schweren Fahrradunfällen – vor allem solche mit E-Bikes – habe sich vergrössert. Zurückgeführt wurde dies unter anderem auf das infolge der Pandemie geänderte Mobilitäts- und Freizeitverhalten und auf den Umstand, dass sich immer mehr Versicherte ein E-Bike anschaffen

Auch die Ombudsstelle hatte sich mit einem solchen Fall zu befassen. Eine Psychiaterin hatte sich nach einem Fahrradsturz lebensgefährlich verletzt, weil sie wegen eines Tiers auf der Fahrbahn abrupt abbremsen musste.

Die Psychiaterin hatte eine 80%-Anstellung (Mo-Do) bei einer Klinik. Freitags arbeitete sie sporadisch in selbständiger Tätigkeit, welche sie nach ihrer Pensionierung ausbauen wollte. Der Unfall ereignete sich an einem Samstag. In einem vom Unfallversicherer (der Klinik) zugestellten Fragebogen musste die Beschwerdeführerin angeben, ob sie noch weitere Arbeitgeber habe oder eine selbständige Tätigkeit ausübe, und wann sie den letzten Arbeitstag gehabt habe. Die Beschwerdeführerin schrieb im Fragebogen, sie habe am Donnerstag letztmals für die Klinik gearbeitet. Der Form halber deklarierte sie den Freitag als letzten Tag der selbständigen Tätigkeit. Effektiv führte sie an jenem Tag gar keine Konsultationen durch.

Nach Erhalt des Frageformulars teilte ihr die Unfallversicherung der Klinik mit, dass sie gemäss Art. 99 Abs. 2 UVV für den Fall nicht zuständig sei, weil die Beschwerdeführerin vor dem Unfall zuletzt als Selbständigerwerbende tätig gewesen sei. Gemäss Art. 99 Abs. 2 UVV ist bei Nichtberufsunfällen der Unfallversicherer desjenigen Arbeitgebers leistungspflichtig, bei dem der Versicherte vor dem Unfall zuletzt tätig und für Nichtberufsunfälle versichert war.

In ihrer Beschwerde an die Ombudsstelle wies die Versicherte darauf hin, dass sie am Freitag nicht gearbeitet habe. Nachträglich sei ihr in den Sinn gekommen, dass sie am Morgen des Unfalltags noch notfallmässig eine Patientin beraten habe, welche sie telefonisch kontaktiert hatte, weil sie Suizidgedanken hegte. Diese Patientin betreue sie im Rahmen ihrer Kliniktätigkeit.

Die Ombudsstelle stellte sich in ihrer Intervention an den Unfallversicherer auf den Standpunkt, es sei massgebend, für wen die Beschwerdeführerin vor dem Unfall zuletzt effektiv tätig gewesen sei (und nicht die formale Aufteilung der Arbeitstätigkeit).

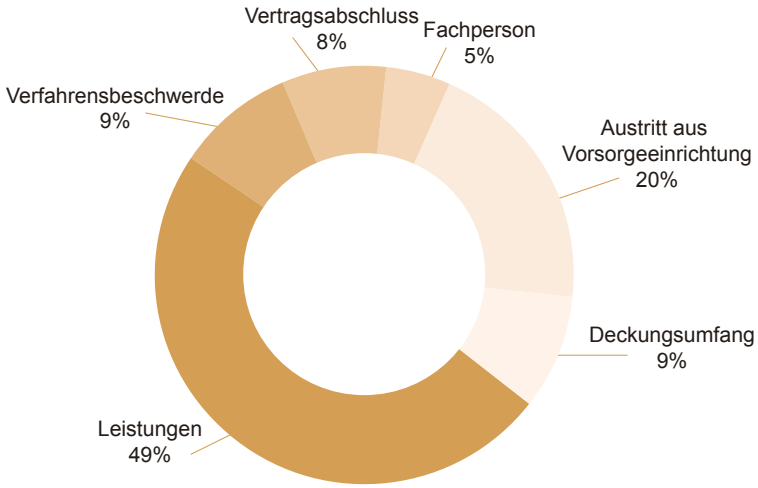
Zudem warf die Ombudsstelle die Frage auf, ob Art. 99 Abs. 2 UVV auf den vorliegenden Fall überhaupt zur Anwendung komme. Nach dem Titel zu Art. 99 UVV koordiniere die Bestimmung die Leistungspflicht bei Versicherten mit mehreren Arbeitgebern. Die Beschwerdeführerin habe indessen nicht mehrere Arbeitgeber, sondern übe neben ihrer unselbständigen Tätigkeit in sehr beschränktem Umfang auch eine selbständige Tätigkeit aus.

Der Unfallversicherer nahm zwar keine Stellung zur Argumentation der Ombudsstelle, bejahte aber dennoch seine Leistungspflicht, weil sich herausstellte, dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keine freiwillige UVG-Versicherung abgeschlossen hatte.

Eine andere Frage, welche bei Teilzeitanstellungen öfters zu Meinungsverschiedenheiten führt, ist diejenige der NBU-Deckung. Art. 13 UVV sieht vor, dass teilzeitbeschäftige Arbeitnehmer, deren wöchentliche Arbeitszeit bei einem Arbeitgeber mindestens acht Stunden beträgt, auch gegen Nichtberufsunfälle versichert sind. Für die Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit bei unregelmässig Beschäftigten enthalten weder das UVG noch das UVV eine Regelung. Indessen hat die Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG schon vor Jahrzehnten diesbezüglich eine Empfehlung (Empfehlung 7/87, revidiert per 04.2019) abgegeben. Die Ombudsstelle hatte sich im vergangenen Jahr vermehrt mit Beschwerden von teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern mit unregelmässiger Arbeitszeit zu befassen, bei welchen die Deckung für einen Nichtberufsunfall vom Versicherer zu Unrecht verneint worden war.

Nach Verweis der Ombudsstelle auf die Empfehlung und Darlegung der Berechnungsgrundlagen wurden die fraglichen Entscheide von den Versicherern korrigiert. Es zeigte sich somit, dass die Unfallversicherer generell dieser Empfehlung der Ad-Hoc-Kommission-Schaden-UVG folgen. Die Ombudsstelle hat allerdings den Eindruck erhalten, dass manchen Sachbearbeitenden die Empfehlung nicht bekannt ist. In einem Fall wurde die Berechnung auch nach Hinweis auf diese Empfehlung durch die versicherte Person nicht korrigiert, bzw. erst die Intervention des Ombudsman führte zur Revision des Entscheids.

Bereich berufliche Vorsorge



Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich um ca. 54% zu. Im Berichtsjahr wandten sich 100 (65) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 21 (43) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten. 75 (44) Fälle entfielen auf die deutsche, 12 (4) auf die französische und 13 (17) auf die italienische Schweiz.

Zu Interventionen Anlass gaben 5 Fälle. 2 Interventionen führten für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis. In 3 Fällen war das Resultat negativ.

Die uns unterbreiten Fälle bezogen sich vermehrt auf Fragen im Zusammenhang mit Freizügigkeitsleistungen sowie Partner-Renten.

BVG Lebenspartner-Rente

Vereinzelt hatten wir uns mit der Frage zu befassen, ob die Lebenspartnerin eines verstorbenen BVG-Versicherten nach dessen Tod entgegen der Position des BVG-Versicherers Anspruch auf eine Lebenspartner-Rente hat.

In einem dieser Fälle verstarb der BVG-versicherte Lebenspartner Mitte Juni 2020. Bis dahin erhielt er eine Pensionskassenrente. Die Vorsorgeeinrichtung lehnte der Beschwerdeführerin gegenüber eine Lebenspartnerrente ab. Zur Begründung führte sie aus, dass ihr Partner zu Lebzeiten nicht das Formular zur Bestätigung ihrer Lebensgemeinschaft ausgefüllt und eingereicht habe.

Damit war die Beschwerdeführerin nicht einverstanden, weil sie ihre 35-jährige Lebensgemeinschaft nach ihrer Sachdarstellung hätte belegen können.

Nach Prüfung des Falles musste die Ombudsstelle der Beschwerdeführerin mitteilen, dass sich der BVG-Versicherer im Wesentlichen darauf beruft, dass das Reglement eine entsprechende Voraussetzung vorsehen darf, da es sich bei Leistungen zugunsten einer Lebenspartnerin im Todesfall nicht um gesetzliche, sondern um reglementarische Ansprüche handelt.

Dass das Reglement massgebend ist und nicht automatisch mit dem Todesfall ein Anspruch auf eine Lebenspartnerrente entsteht, erachtete die Ombudsstelle in rechtlicher Hinsicht als korrekt. Das massgebliche BVG-Reglement sieht vor, dass der Anspruch bei Tod der versicherten Person nach der Pensionierung nur dann bestehen kann, wenn er bereits im Todesfall des Versicherten vor der Pensionierung bestanden hätte und die versicherte Person danach bis zum Tod eine Altersrente bezog.

Im konkreten Fall hätte der Anspruch auf eine Lebenspartnerrente vor der Pensionierung des verstorbenen Lebenspartners noch nicht bestanden, da dieser bereits im Jahr 2003 pensioniert wurde und die Vorsorgeeinrichtung des Verstorbenen die Lebenspartnerrente erst seit dem Jahr 2007 gewährt. Wir mussten der Beschwerdeführerin nach vertiefter Prüfung des Falles daher mitteilen, dass die erwähnte Bedingung für eine allfällige Lebenspartnerrente – unabhängig vom mangelnden Formular – nicht erfüllt sei. Gemäss dem anwendbaren BVG-Reglement besteht für die überlebende Lebenspartnerin überdies kein Anspruch auf Leistungen, wenn die Altersrente vor dem 31.12.2006 zu laufen begonnen hat. Dies war bei ihrem verstorbenen Lebenspartner jedoch ebenfalls der Fall, weil er bereits im Jahr 2003 pensioniert worden war.

Die Ombudsstelle sah daher im konkreten Fall keine Möglichkeit für eine erfolgversprechende Intervention beim BVG-Versicherer. Ein gesetzlicher Anspruch auf eine Lebenspartnerrente besteht nicht, und die konkreten reglementarischen Voraussetzungen waren für uns nachvollziehbar, weil eine Vorsorgeeinrichtung bei Einführung einer Lebenspartnerrente die finanziellen Mittel entsprechend kalkulieren muss und dies bis zum 31.12.2006 nicht der Fall war.

Empfehlung des Ombudsman an BVG-Versicherte, welche nicht verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, sondern in einer Lebenspartnerschaft leben:
Planen Sie Ihre gemeinsame Altersvorsorge frühzeitig und prüfen Sie, ob das massgebliche BVG-Reglement überhaupt eine Lebenspartnerrente vorsieht. Ist dies der Fall, prüfen Sie, ob eine Meldepflicht bezüglich der Lebensgemeinschaft vor dem Tod des BVG-Versicherten besteht, von welcher der Bezug einer BVG-Lebenspartnerrente abhängig sein kann.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Fallentwicklung

Im Jahr 2020 wurden 364 Anfragen an die Niederlassung in Lugano gestellt. Dies ist eine etwas höhere Anzahl von Anfragen als in den Vorjahren 2019 (353).

Wenn man jedoch berücksichtigt, dass die Zahl der Fälle, die als Folge der COVID-19-Pandemie gemeldet wurden, bei 88 lag, kann man feststellen, dass es auch in der italienischen Schweiz einen Rückgang von Anfragen zu anderen Themen gab. Nach Einschätzung von Avv. Cereghetti dürfte dies auf eine Verschiebung der Aufmerksamkeit der Versicherten auf die Coronavirus-Problematik zurückzuführen sein.

Wie in den Vorjahren bezog sich die Mehrzahl der Anfragen auf Angelegenheiten, die unter das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) fallen, wobei diese von 222 auf 259 gestiegen sind.

Im UVG-Bereich sind die Fallzahlen der Zweigstelle von 88 auf 73 gesunken. Ein kleinerer Teil der Anfragen betrifft den BVG-Bereich, in welchen die Fallzahlen von 17 auf 13 zurückgegangen sind. Zum Hypothekar-Bereich und Militärversicherung gab es lediglich je 2 Anfragen, und 15 Fälle fielen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs (z.B. Krankenkassenangelegenheiten).

Wie bereits in den Vorjahren konnte die Zweigstelle eine erhebliche Anzahl von Anfragen direkt telefonisch erledigen. Das liegt daran, dass die Versicherten die abgeschlossenen Versicherungsverträge sehr oft nur auszugsweise kennen oder zu wenig Rechtskenntnisse haben, um konkrete Fragen selber richtig beurteilen zu können. Deshalb ist gerade in diesen Fällen der «direkte» Kontakt sehr effektiv.

Die Interventionsfälle aus der italienischen Schweiz sind im Berichtsjahr von 23 auf 62 gestiegen, davon konnten 45 im Rahmen von Sammelinterventionen bei Epidemie-Versicherern erledigt werden. Die anderen 9 Interventionen bezogen sich auf Probleme mit Reiseversicherungen (3), der Haftpflichtversicherung (2), der Rechtsschutz-Versicherung (1), der Unfallversicherung (1), der Elementarschadenversicherung (1) und der Krankentaggeldversicherung (1).

6 weitere Interventionen wurden im UVG/MVG-Bereich verzeichnet, und 1 im Bereich der Beruflichen Vorsorge. Was die Problemstellungen im Allgemeinen betrifft, so betrafen diese meistens den Deckungsumfang, die Höhe der Versicherungsleistungen und Fragen im Zusammenhang mit Vertragskündigungen.

Generelle Feststellung über alle Versicherungsbereiche und -branchen hinweg / Versicherte haben häufig wenig Kenntnisse über den Inhalt ihrer Versicherungsverträge

Avv. Cereghetti stellte im Berichtsjahr generell fest, dass Versicherte häufig den Versicherungsschutz ihrer Policen und insbesondere den Deckungsumfang und dessen Grenzen nicht gut kennen. Gegebenenfalls kann dies im Schadenfall zu Problemen und Enttäuschungen führen. Aufgrund seiner Feststellungen betrachtet er es als wichtig, dass die Konsumenten sich mit dem Inhalt eines Versicherungsvertrags kritisch auseinandersetzen, bevor der Vertrag abgeschlossen wird.

Empfehlungen an Konsumenten vor Abschluss eines Versicherungsvertrags:

1. *Prüfen Sie, wofür Sie die gewünschte Versicherung benötigen und/oder wofür Sie genau versichert sein wollen.*
2. *Überlegen Sie sich, ob Sie den Vertrag online abschliessen möchten oder vor Vertragsabschluss noch eine persönliche Beratung wünschen.*
3. *Klären Sie immer ab, ob die Vertragsunterlagen inkl. allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihren Erwartungen und Bedürfnissen entsprechen.*
4. *Stellen Sie dem Versicherer im Zweifelsfall konkrete Fragen zum Vertrag bzw. Produkt und der gewünschten Deckung. Es empfiehlt sich, dies schriftlich oder per E-Mail zu tun. Lassen Sie sich mündliche Zusagen von Deckungen, die Sie den Vertragsunterlagen selber nicht entnehmen können, per E-Mail oder schriftlich bestätigen.*

5. Prüfen Sie den Inhalt der Police nach Erhalt derselben, und verlangen Sie nötigenfalls nachweisbar (z.B. per E-Mail) deren Berichtigung innert 4 Wochen ab deren Erhalt, ansonsten der Vertrag nach Art. 12 VVG als genehmigt gilt.

Sachversicherungsbereich

Anfragen zum Sachversicherungsbereich betrafen überwiegend Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Antragsstellung und dem Inhalt bzw. dem Deckungsumfang des Versicherungsvertrags. Im Vergleich zum Vorjahr gab es jedoch deutlich weniger Fälle, die eine Unterversicherung betrafen. 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 Versicherungsvertrag keine günstigere Lösung vorsieht.

Branche Rechtsschutz / Schadenfälle sollten so rasch wie möglich dem Versicherer gemeldet werden

Einige Anfragen und Beschwerden betrafen Rechtsschutz-Versicherte, die sich nach Eintritt einer Rechtsstreitigkeit nicht die nötige Zeit nahmen, um vor Einschaltung eines Anwalts die Vertragsunterlagen zu studieren und abzuklären, wie vorzugehen ist, wenn der Bedarf nach Rechtsschutz entstanden ist.

Im Glauben, einen gedeckten Fall zu haben, wandte sich eine Reihe von Versicherten an einen Rechtsanwalt, ohne vorher die Zustimmung der Rechtsschutzversicherung eingeholt zu haben, und welche den Fall erst mit erheblicher Verspätung beim Rechtsschutzversicherer anmeldeten. In der Folge wurden sie mit einer Deckungsablehnung konfrontiert, wobei der Fall bei rechtzeitiger und korrekter Anmeldung (und vor Beauftragung eines Rechtsanwalts) gedeckt gewesen wäre.

Empfehlung an Rechtsschutz-Versicherte:
Melden Sie eine Rechtsstreitigkeit unverzüglich dem Rechtsschutzversicherer, sobald der Bedarf nach Rechtsschutz entsteht, und zwar immer, bevor ein Anwalt beigezogen wird (mit Ausnahme von offensichtlich dringenden Fällen, wenn z.B. der Ablauf einer Verwirkungsfrist droht, wobei zu bedenken ist, dass auch in diesen Fällen die Meldung an die Versicherung so schnell wie möglich erfolgen muss, spätestens gleichzeitig mit der Bestellung des Anwalts).

Branche Rechtsschutz / In vielen Fällen war die zeitliche Versicherungsdeckung nicht gegeben

Die Zweigstelle hatte sich vermehrt mit Fällen von Versicherten zu befassen, welche eine Rechtsschutzversicherung erst abgeschlossen hatten, nachdem das Rechtsproblem, für dessen Lösung sie die Hilfe des Rechtsschutzversicherers beanspruchen wollten, bereits eingetreten war.

Wenn das Problem, für das die Rechtsschutzversicherung abgeschlossen wurde, bereits vor dem Abschluss der Police eingetreten war, ist die Versicherungsgesellschaft berechtigt, den Versicherungsschutz abzulehnen, da es sich um einen vorbestehenden Fall handelt. Gemäss der zwingenden Gesetzesregelung in Art. 9 VVG sind bereits eingetretene Ereignisse nicht versicherbar. Es kann sich daher lohnen, eine Rechtsschutzversicherung abzuschliessen, um für allfällige künftige Rechtsprobleme gewappnet zu sein, anstatt zuzuwarten, bis ein bestehender Fall voraussichtlich Probleme verursacht, oder bis bereits konkreter Bedarf an Rechtsschutz besteht.

UVG-Versicherung

Im UVG-Bereich war oft die Beurteilung der Frage strittig, ob die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt ist oder nicht.

Der Nachweis dafür, d.h. des Kausalzusammenhangs zwischen dem angemeldeten Unfallereignis und den Gesundheitsbeschwerden, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben, obliegt der versicherten Person. Der Kausalzusammenhang muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

In der Praxis hat sich die Ombudsstelle häufig mit Fällen zu befassen, in denen der Unfallversicherer nach Prüfung des Falles die Auffassung vertritt, die Unfallkausalität sei nicht gegeben. Gemäss der Rechtsprechung darf sich der Unfall-Versicherer für seine entsprechenden Entscheide grundsätzlich auf die Einschätzungen versicherungsinterner Ärzte abstützen. Bestehen indessen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Konkrete und differenzierte Einwände eines Facharztes sind geeignet, solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Vertrauensarztes zu wecken.

In Fällen, in denen der Unfallversicherer gestützt auf seinen vertrauensärztlichen Dienst die Position vertritt, dass die Unfallkausalität von Gesundheitsbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei, benötigt die Ombudsstelle im Hinblick auf eine allfällige Intervention in aller Regel einen von der versicherten Person zu beschaffenden fachärztlichen Bericht, in welchem detailliert begründet dargelegt wird, ob und gegebenenfalls weshalb die Beurteilung des vertrauensärztlichen Dienstes des Unfallversicherers aus medizinischer Sicht falsch oder allenfalls unvollständig sei. Die Ombudsstelle kann als unentgeltlich tätige Vermittlungsstelle keine entsprechenden Arztberichte und Gutachten finanzieren.

Falls ein entsprechender fachärztlicher Bericht beigebracht werden kann, in welchem die Position des Unfallversicherers begründet in Frage gestellt wird, wird die Ombudsstelle beim Unfallversicherer vorstellig, was oft zu entgegenkommenden Lösungen führt.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Neue Leitung der Zweigstelle in der Westschweiz seit 15. Juni 2020

Nach dem Rücktritt von Me Olivier Subilia als langjähriger Leiter unserer Zweigstelle in der Romandie hat der Stiftungsrat Me Johnny Dousse, zum Leiter der Zweigstelle für die französische Schweiz ernannt. Der neu gewählte Me Johnny Dousse ist als Anwalt in Neuchâtel tätig. Er verfügt über ausgewiesene und langjährige Erfahrung im Versicherungsrecht und konnte sich daher rasch in seine neue Aufgabe als Repräsentant unserer Stiftung für die französischsprachige Schweiz einarbeiten. Sein Studium der Rechtswissenschaften absolvierte er in Neuchâtel.

Fallentwicklung

Im Berichtsjahr 2020 gingen in der Zweigstelle in der Westschweiz, welche sich seit 15. Juni 2020 in Neuchâtel befindet, 524 Anfragen und Beschwerden ein. Im Vergleich zu 2018 vermehrte die Fallzahl sich um 111, im Vergleich zu 2019 um 91. Der Anstieg der Fallzahlen lässt sich mit der aktuellen Gesundheitskrise erklären. Diese wirkte sich auf verschiedene Versicherungsprodukte aus, insbesondere auf Epidemie- und Reiseversicherungen.

234 Anfragen wurden telefonisch und 290 Fälle schriftlich abgewickelt. Die Anzahl von Anfragen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs betrug 39.

Die Anzahl Interventionsfälle blieb mit 32 gegenüber 31 im Vorjahr konstant. Auch die Erfolgsquote bleibt bei den 26 per Ende 2020 abgeschlossenen Fällen sehr gut. 20 Intervention konnten mit positivem Ergebnis abgeschlossen werden, 6 Interventionen wurden als negativ und 1 Interventionsfall wurde als neutral erfasst. Dies entspricht einer Erfolgsquote von 77%. Wie in den Vorjahren gaben hauptsächlich Beschwerden im Privatversicherungsbereich Anlass zu Interventionen (27).

Bereich Privatversicherungen

Im Berichtsjahr betrafen im Privatversicherungsbereich mehr als ein Viertel der Fälle die Krankentaggeldversicherung, nämlich 103 Fälle von insgesamt 397. Die allermeisten, genau genommen

die Hälfte, betrafen Probleme bezüglich der Dauer der Leistungen, welche die Versicherten als unzureichend erachteten. Immerhin 30, also knapp ein Drittel dieser 103 Anfragen und Beschwerden, drehten sich um Fragen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, -anpassung und -ende. 11 Fälle hatten mit strittigen Deckungsfragen zu tun.

Online-Abschlüsse / Ein Sonderfall im Zusammenhang mit der Digitalisierung

Erwähnenswert ist aus Sicht der Zweigstelle ein Interventionsfall bei welchem der Versicherer auf seiner Website ein Angebot eines Unternehmens für Auto-Reparaturen bewarb. Die Online-Werbung bewirkte, dass ein Versicherter sich an das betreffende Unternehmen wandte, um dort sein Fahrzeug reparieren zu lassen.

Der Versicherer lehnte indessen die vertraglich vorgesehene Reduktion des Selbstbehalts von CHF 1'000.- mit der Begründung ab, der Schaden sei nicht in einer Partnergarage des Versicherers repariert worden. Der Versicherte könne nicht vom beworbenen Angebot Anspruch nehmen, weil sein Kollektivvertrag eine andere Partnergarage vorsehe. Der Versicherer hielt trotz zweimaliger Intervention durch die Ombudsstelle an seiner Position fest. Aus Sicht der Ombudsstelle ist bei gross angelegter Internetwerbung höchste Vorsicht geboten. Wenn ein Kooperationspartner auf diese Weise in Erscheinung tritt, sollte auch erwähnt werden, dass es Ausnahmen gibt und der Kooperationspartner nicht für alle Verträge gilt, da es sonst zu Meinungsverschiedenheiten kommen kann, die leicht hätten vermieden werden können.

Zunahme der Beschwerden im Zusammenhang mit einer Anzeigepflicht-Verletzung beim Vertragsabschluss nach Art. 6 VVG

Während der ehemalige Zweigstellenleiter der Westschweiz, Me Subilia, im Jahresbericht 2018 noch festhielt, dass kein einziger Beschwerdefall im Zusammenhang mit der «Anzeigepflichtverletzung» eingegangen war, hatte sich die Zweigstelle im Jahr 2020 mit 10 Beschwerden zu dieser Thematik zu befassen. In Anbetracht der strengen Rechtsprechung empfiehlt Me Dousse den Versicherten, sich vor dem Ausfüllen des Fragebogens mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin in Verbindung zu setzen. Es ist besser, im Rahmen eines Vertragsabschlusses etwas Zeit und Geld zu investieren, als bei einer Kündigung aufgrund einer verletzten Anzeigepflicht.

Die Gesundheitskrise

68 Anfragen und Beschwerden betrafen die Hausrat- oder Betriebsversicherung. Die überwiegende Mehrheit dieser Fälle hatten einen Bezug zum Coronavirus; sie drehten sich um Fragen im Zusammenhang mit der Versicherungsleistung und Versicherungsdeckung. Auch im Bereich der Reiseversicherung wandten sich einige Versicherte an die Zweigstelle, deren Reise aufgrund der COVID-19-Pandemie entweder vom Reiseveranstalter oder vom Versicherten selbst annulliert worden war. Solche Fälle wurden auch mit dem Reiseombudsman besprochen, um das Vorgehen abzusprechen.

Lebensversicherungs-Bereich

Immerhin 40 Anfragen und Beschwerden betrafen den Leben-Bereich. Die wichtigsten Problemfelder waren der Vertragsabschluss und das Vertragsende. Auch hier gab die Anzeigepflichtverletzung nach Art. 6 VVG Anlass zu Beschwerden. Im Übrigen standen hauptsächlich Versicherungsleistungen im Mittelpunkt. Es scheint, dass viele Versicherte ihre Zeit im Lockdown u.a. damit verbrachten, die tatsächlichen Vorteile ihrer Versicherung zu prüfen.

Viele zeigten sich darüber enttäuscht, dass die Leistungsentwicklung nicht den Erwartungen entsprach, die – ihren Angaben zufolge – von ihren Versicherungsberatern in Aussicht gestellt worden sei. Offenbar hatten sie sich nicht die Zeit genommen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinsichtlich Risikoanteil oder Kosten genau zu lesen. Angesichts der Konsequenzen, die mit einer Anzeigepflichtverletzung einhergehen, und des Vorsorgeaspekts solcher Produkte, gibt Me Dousse folgende Empfehlung an die Versicherten ab:

Empfehlung an die Versicherten:
Studieren Sie den Gesundheitsfragebogen in aller Ruhe und füllen Sie dieses wichtige Dokument wenn möglich mit dem Hausarzt aus. Vermeiden Sie mit anderen Worten ein sofortiges Ausfüllen und Unterzeichnen des Gesundheitsfragebogens in Anwesenheit des Versicherungsberaters, damit das Risiko einer allfälligen Anzeigepflicht-Verletzung beim Vertragsabschluss nach Art. 6 VVG minimiert werden kann.

Rechtsschutzbranche

Mit 30 von rund 400 Fällen im Privatversicherungsbereich, nahmen Rechtsschutzversicherte die Dienste der Zweigstelle in der Romandie weiterhin regelmässig in Anspruch. Allerdings führte nur ein einziger Fall zu einer Intervention, welcher mit positivem Ausgang für den Beschwerdeführer erledigt werden konnte.

UVG-Bereich

Die Anzahl Anfragen, die der Zweigstelle im Berichtsjahr im UVG-Bereich unterbreitet wurden, blieb im Vergleich zum Vorjahr ziemlich unverändert: 73 Fälle, wovon 31 schriftlich erledigt wurden. 4 Beschwerden gaben Anlass zu einer Intervention; 2 waren im Ergebnis positiv, 1 neutral und 1 war per Ende 2020 noch nicht abgeschlossen. Die Mehrheit dieser Fälle (57) betrafen Leistungsansprüche.

Die Versicherten verstehen aus verständlichen Gründen oft nicht, dass der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc» im Unfallversicherungsrecht nicht zur Anwendung kommt. Denn wenn aus chronologischer Sicht Schmerzen vor dem Unfall nicht in Erscheinung traten, bedeutet dies nicht, dass der Unfall diese zwangsläufig verursacht hat. Ebenso ist es für Versicherte nicht oder nur schwer nachvollziehbar, warum ein Gesundheitsschaden, der zunächst als Unfall anerkannt wurde, nach einer gewissen Zeit plötzlich als Krankheit eingestuft wird, weil die Unfallfolgen nach Auffassung des Vertrauensarztes des Versicherers ohne bestehende Vorerkrankung bereits geheilt wären. In solchen Fällen sind präzisierende Berichte der behandelnden Ärzte oder sogar eines vom Versicherten selbst gewählten Experten oft die einzige Möglichkeit, den Bericht des Vertrauensarztes allenfalls zu widerlegen oder ernsthaft in Frage zu stellen. Die daraus resultierende Auseinandersetzung ist jedoch vielmehr medizinischer als rechtlicher Natur.

Der Vermittlungsspielraum der Ombudsstelle muss an dieser Stelle nochmals thematisiert werden. Mangels Zuständigkeit konnte die Zweigstelle 13 der 73 ihr unterbreiteten Anfragen und Beschwerden im UVG-Bereich nicht bearbeiten. Dies weil die Ombudsstelle in UVG-Angelegenheiten nur solange tätig werden kann, als noch keine einsprachefähige Verfügung vorliegt. Allzu oft beantragen Versicherte eine Verfügung, um mit einer Einsprache ihre Rechte durch die Ombudsstelle geltend zu machen. Dieser Weg ist zwar eine mögliche Lösung, er schliesst aber die Inanspruchnahme unserer neutralen Vermittlungstätigkeit aus.

Me Dousse stellte eine gewisse Tendenz bei einzelnen UVG-Versicherern fest, mit Schreiben Leistungen einzustellen oder die Erfüllung des Unfallbegriffs abzulehnen, die sich im Graubereich zwischen einer Verfügung und einer formlosen Mitteilung bewegen. Dies indem sie den Begriff «décision» (=Verfügung) öfters in solchen Schreiben aufführen, obwohl eine Rechtsmittelbelehrung fehlt.

Empfehlung an die Versicherer:
Die Ombudsstelle empfiehlt den Versicherern, bei formlosen Entscheiden die Versicherten klar darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit besteht, innerhalb einer bestimmten Frist eine formelle einsprachefähige Verfügung zu beantragen.

Dies würde auch die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle vereinfachen. Insbesondere bei telefonischen Anfragen, die letztlich darauf hinauslaufen, dass die Versicherten das ganze Schreiben vorlesen, könnte auf diese Weise die Einschätzung, ob die Ombudsstelle für den Fall zuständig ist oder nicht, erheblich erleichtert werden.

Weitere Aktivitäten

Im Berichtsjahr 2020 musste der Ombudsman seine direkten persönlichen Kontakte mit Geschäftsleitungen und Ansprechpersonen bei den angeschlossenen Versicherungs-Gesellschaften aufgrund des Coronavirus stark reduzieren. Umso häufiger haben Videokonferenzen stattgefunden, um grundsätzliche Fragen und Schwerpunktthemen zu besprechen, welche nicht nur das Tagesgeschäft betreffen. Der Ombudsman erachtet diese Kontakte als besonders wertvoll und wichtig.

Im Berichtsjahr konnte der Ombudman einige Medienkontakte pflegen. Diese hatten vorwiegend das Thema Epidemie-Versicherungen zum Gegenstand.

Kontakte mit ausländischen Ombudsstellen konnte der Ombudsman COVID-19-bedingt, aber auch aufgrund seiner intensiven Beanspruchung im Tagesgeschäft, im Berichtsjahr kaum pflegen. Die vorgesehenen internationalen Treffen mussten ausnahmslos verschoben werden.

Erneuerungen im Stiftungsrat

Die Stiftung «Ombudsman der Privatversicherung und der Suva» wird seit 13. März 2020 von Ständerat Matthias Michel präsidiert. Er trat am 13. März 2020 die Nachfolge von Alt-Ständerat Rolf Schweiger an, der nach 14-jähriger Tätigkeit zurückgetreten ist.

Ebenfalls per 13. März 2020 neu in den Stiftungsrat gewählt wurden die Nationalräte Christoph Eymann, Baptiste Hurni und Fabio Regazzi. Sie folgten auf die teils längjährigen Stiftungsratsmitglieder Francis Matthey (Alt-Staatsrat und Alt-Nationalrat), Chiara Simoneschi-Cortesi (Alt-Nationalratspräsidentin) und Daniela Schneeberger (Nationalrätin).

Per 13. Mai trat zudem Frau Nathalie Follonier-Kehrli die Nachfolge von Herrn Philippe Hebeisen als Vertreterin der privaten Versicherungsbranche im Stiftungsrat an.

Wir bedanken uns bei den zurückgetretenen Mitgliedern des Stiftungsrats für ihr aktives und fachkundiges Engagement für unsere Stiftung und deren Unabhängigkeit sowie für ihre wertvollen Impulse zur Weiterentwicklung der seit bald 50 Jahren bestehenden Ombudsstelle.

Der Stiftungsrat garantiert die Unabhängigkeit und Neutralität der Ombudsstelle. Dem aus acht Mitgliedern zusammengesetzten Stiftungsrat gehören mehrheitlich Personen an, die keine Verflechtungen mit den Privatversicherern und der Suva haben. Sechs Mitglieder sind unabhängige Persönlichkeiten, die als Mitglieder verschiedener Fraktionen der Bundesversammlung angehören oder angehörten.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Matthias Michel

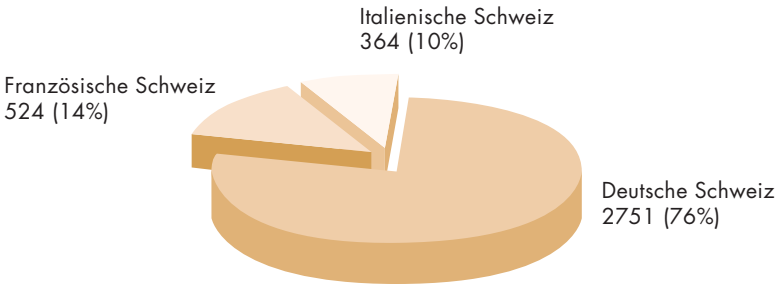
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

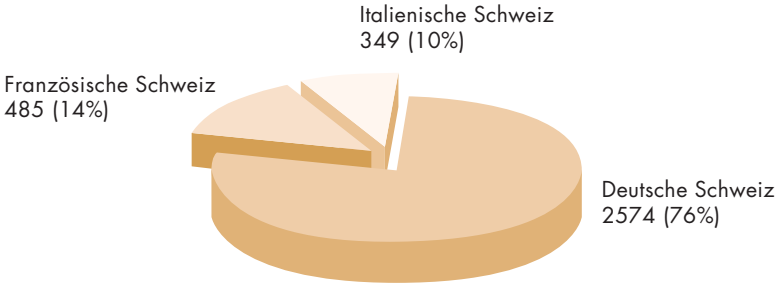
Zürich, März 2021

Statistiken 2020

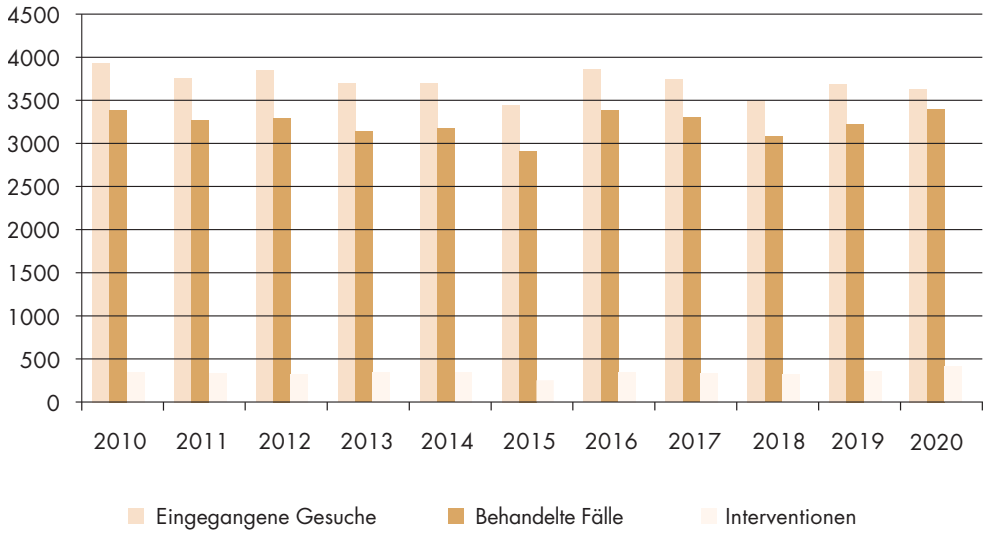
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2010 bis 2020



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2021)

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 (=Vaudoise)
Appenzeller Versicherungen
Aspecta (jetzt Youplus Insurance International AG)
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
TAS Versicherungen AG (ehemals TCS Versicherungen AG)
TCS Versicherungen
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
Youplus Insurance International AG
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
Ruelle William-Mayor 2
Case postale 2252
2001 Neuchâtel 1

Tél: 076 651 41 65
Fax: 044 212 52 20

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