

# 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 31.12.2021)

Matthias Michel, Ständerat und a. Regierungsrat, Zug, Präsident Silva Semadeni, a. Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin Christoph Eymann, a. Nationalrat und a. Regierungsrat, Basel Nathalie Follonier-Kehrli, Mitglied der Direktion Vaudoise Versicherungen, Sion Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bäriswil Baptiste Hurni, Nationalrat, Neuchâtel Barbara Ingold Boner, Abteilungsleiterin Schadenabwicklung Suva, Luzern Fabio Regazzi, Nationalrat, Gordola

#### **Ombudsman**

Martin Lorenzon, Rechtsanwalt

#### **Ombudsstelle**

Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst Nathalie Garny, Rechtsanwältin Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin Eveline Bretscher Todaro, Assistenz Dr.phil.I Anne-Catherine Nabholz, Leiterin Prozessmanagement

#### Zweigstellen

Französische Schweiz: Me Johnny Dousse, avocat

Italienische Schweiz: Avv. Marco Cereghetti

#### Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Das Berichtsjahr 2021 war ein spannendes und intensives Geschäftsjahr. Nebst unserer Vermittlungstätigkeit als Ombudsstelle haben wir die Digitalisierung unserer Arbeitsabläufe, der internen Prozesse und der Kommunikation mit den Parteien unseres Vermittlungsverfahrens weiter vorangetrieben.

Um den Austausch mit den Versicherten zu vereinfachen und den Kundennutzen zu erhöhen, haben wir unsere Webseite grundlegend erneuert. Die neue Webseite ist unter anderem Smartphonetauglich, viersprachig, interaktiv und beinhaltet insbesondere auch einige Fall-Beispiele, die konkret aufzeigen sollen, wie wir als Ombudsstelle arbeiten.

Im Rahmen der Erneuerung unsere Webseite mit neuem Logo war es uns auch ein wichtiges Anliegen, den Versicherten direkte Eingaben über unsere Webseite zu ermöglichen. Die Versicherten können daher nun direkt ein Beschwerdeformular online ausfüllen und die zur Prüfung derselben erforderlichen Dokumente in unser System hinaufladen. Dies gewährleistet im Gegensatz zum E-Mail-Versand nicht nur eine sichere Datenübertragung, sondern vereinfacht auch den Zugang zur Ombudsstelle. Die Möglichkeit, sich telefonisch und per Post an uns zu wenden, bleibt im Interesse der Ratsuchenden weiterhin bestehen.

Die Dynamik der fortschreitenden Digitalisierung hat allerdings auch Opfer erfordert. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Arbeitsstelle in unserem Kleinbetrieb, sondern um das FAX-Gerät, welches mangels Benutzung überflüssig wurde. Der vorliegende Jahresbericht ist im Weiteren der erste Jahresbericht, der ausschliesslich in elektronischer Form erstellt wurde.

Ich danke den Mitarbeitenden der Ombudsstelle für ihre gute Arbeit und ihr Engagement im Interesse der Parteien, Meinungsverschiedenheiten gütlich zu lösen!

Martin Lorenzon Ombudsman

M. Courses

## Zusammenfassung des Jahresberichts 2021

Im Berichtsjahr 2021 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3408 auf 2704 gesunken (20.6%). Gleichzeitig ist die Bearbeitung der einzelnen Fälle zeitintensiver und schwieriger geworden, weil viele Versicherte im zweiten Jahr der Pandemie nach unserer Einschätzung dünnhäutiger geworden sind.

2452 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 252 der 866 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 29.1%). Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 71%.

Der markante Rückgang der Fallzahlen dürfte im Privatversicherungsbereich wesentlich auf pandemiebedingte Gründe zurückzuführen sein, zumal die Anzahl der Beschwerden im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie von 587 auf 98 abgenommen haben. Es handelt sich dabei überwiegend um Epidemieversicherungsfälle von Gastrobetrieben und Reiseversicherungsfälle, welche im Vorjahr pandemiebedingt sehr hoch waren. Auch im UVG-Bereich dürfte die Gesundheitskrise das Sinken der Anfragen und Beschwerden von 692 auf 548 infolge von aufgeschobenen Operationen und geänderten Verhaltensweisen in Beruf und Freizeit zumindest teilweise beeinflusst haben.

Der Hauptschwerpunkt der Tätigkeit der Ombudsstelle lag wie in der Vergangenheit bei den häufig komplexen Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von rund 48%. Fälle mit Long-Covid-Bezug wurden der Ombudsstelle bisher nur sehr wenige unterbreitet. Erfahrungsgemäss dürfte dies damit zusammenhängen, dass bei länger dauernden Krankheitsfällen häufig erst nach einer gewissen Zeitdauer Probleme mit dem Versicherer entstehen, so dass uns die Long-Covid-Problematik noch mit entsprechender Verzögerung beschäftigen dürfte.

Im Berichtsjahr hat die Ombudsstelle ihre neue Tätigkeit als Anlaufstelle für Versicherte gegen Einmeldungen ins HIS, dem Hinweis- und Informationssystem der Schweizer Schadenversicherer, aufgenommen. Das HIS wurde ab dem 1.02.2021 von der SVV Solution AG in Betrieb genommen und unterstützt die Versicherungsgesellschaften in ihren Bestrebungen, Versicherungsmissbrauch zu verhindern.

Markant zugenommen haben im Berichtsjahr Beschwerden gegen Tierversicherer (von 23 auf 138). Hier musste der Ombudsman besonders häufig wegen allzu langer Bearbeitungszeit (von einigen Monaten) durch den Versicherer intervenieren.

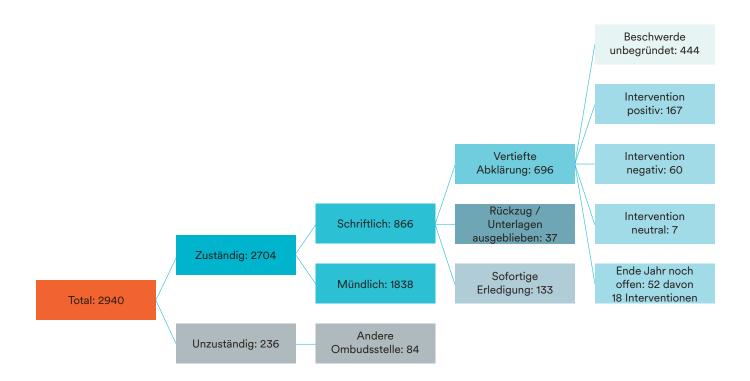
Auffällig ist, dass die massiven Unwetter im Sommer 2021 bei der Ombudsstelle kaum zu Streitfällen mit privaten Gebäude-, Hausrat- und Motorfahrzeug-Versicherungen führten.

## Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2021	
Gesamtübersicht	1
Entwicklung der Fallzahlen	2
Anliegen und Beschwerden pro Branche	3
Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen	4
- Eingegangene Gesuche Total	4
- Gesuche im Zuständigkeitsbereich	4
Interventionsfälle	5
- Interventionszahlen	5
- Interventionsquote	5
- Interventionen im Privatversicherungsbereich pro Branche	6
- Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche	7
Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften	8
Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen	
Der Bereich Privatversicherungen	9
- Nichtleben-Bereich	9
- Leben-Bereich	16
- Hypothekar-Darlehensverträge	18
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung	19
Der Bereich berufliche Vorsorge	22
Die Zweigstellen	
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz	24
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz	27
Weitere Aktivitäten	31
Erneuerungen im Stiftungsrat	32
Statistiken 2021	33
Angeschlossene Gesellschaften	34

### Übersicht über das Berichtsjahr 2021

#### Gesamtübersicht



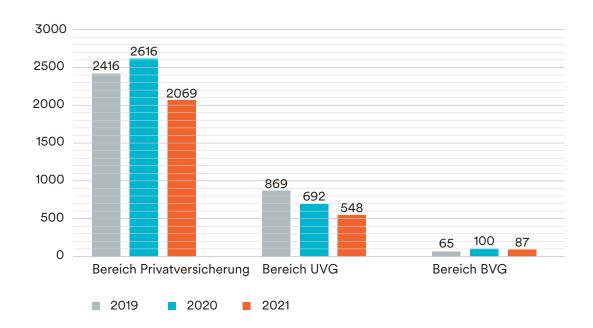
Im Berichtsjahr 2021 wurden der Ombudsstelle 2940 (Vorjahr 3639) Anliegen und Beschwerden unterbreitet. Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen von 3408 auf 2704 (20.6%) gesunken. Gleichzeitig ist die Bearbeitung der einzelnen Fälle zeitintensiver und schwieriger geworden, weil viele Versicherte im zweiten Jahr der Pandemie nach unserer Einschätzung dünnhäutiger geworden sind.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 231 auf 236 (2.1%) gestiegen. Sie betreffen wie in den Vorjahren vor allem Kran-

kenkassen-Angelegenheiten, für deren Bearbeitung die Ombudsstelle der Krankenversicherung in Luzern zuständig ist, sowie Sozialversicherungen, kantonale und ausländische Versicherungen, aber auch autonome BVG-Einrichtungen.

22 Anfragen bezogen sich auf die Tätigkeit von Versicherungsbrokern. 11 Beschwerden betrafen Versicherer, die unserer Stiftung nicht angeschlossen sind. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt dementsprechend ca. 99% des Kleinkundengeschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

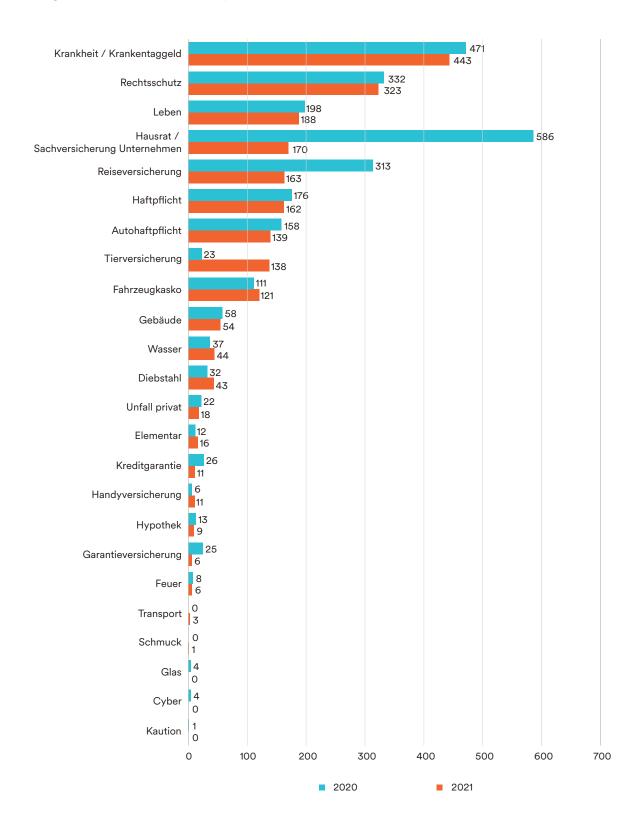
#### Entwicklung der Fallzahlen



Der Rückgang der Fallzahlen der Ombudsstelle tangierte alle von der Ombudsstelle bearbeiteten Versicherungsbereiche.

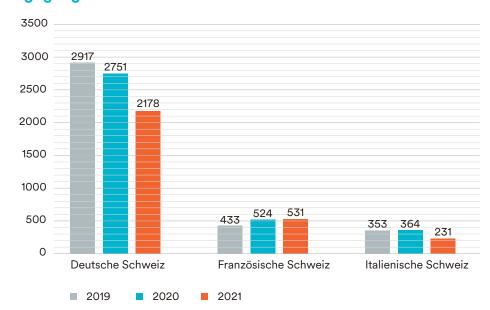
Die mutmasslichen Ursachen für den Rückgang der Fallzahlen werden insbesondere in den Kapiteln «Nichtleben-Bereich» und «UVG-Bereich» erörtert.

#### Anliegen und Beschwerden pro Branche / VVG-Bereich

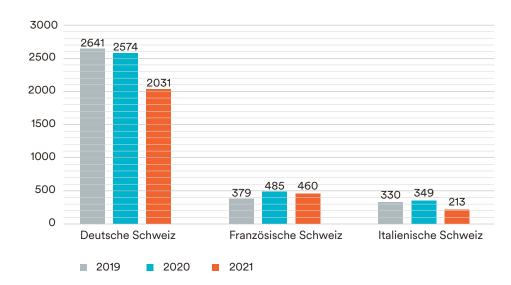


#### Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen

#### **Eingegangene Gesuche total**



#### Gesuche im Zuständigkeitsbereich



Die Abnahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 3408 auf 2704 (20.6%) betraf sowohl den Hauptsitz in Zürich als auch die Zweigstellen in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. In Neuchâtel sind die Fallzahlen um 5.1% gesunken. In Lugano betrug der Abnahme der Fallzahlen 38.9%, und in Zürich sind die Fallzahlen um 21.1% zurückgegangen.

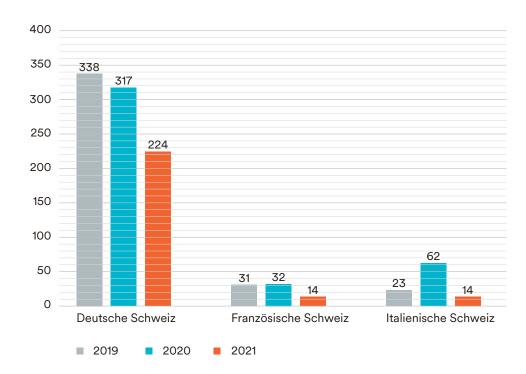
#### Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei gleichbleibender Interventionspolitik von 411 auf 252 gesunken. Der zahlenmässige Rückgang der Interventionen hängt damit zusammen, dass die Anfragen an die Ombudsstelle insgesamt um 20.6% gesunken sind. Im Gegensatz zum Vorjahr fielen insbesondere auch keine SammelInterventionen im Zusammenhang mit Epidemie-

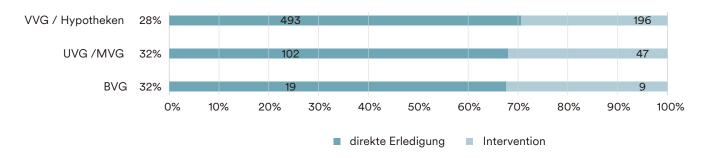
Versicherungen und nur noch wenig COVID-19-bedingte Reiseannullationsfälle an.

Die in der nachstehenden Grafik als Interventionen erfassten Zahlen beziehen sich auf den Teil der Versicherten, welche der Ombudsstelle einen Beschwerdefall schriftlich unterbreitet haben.

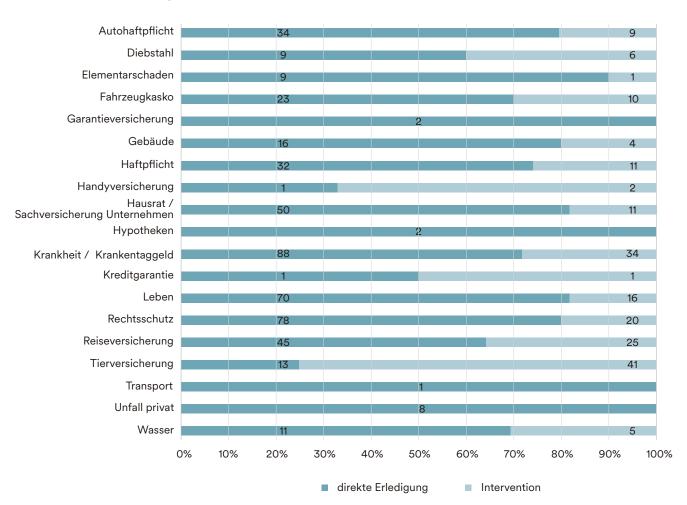
#### Interventionszahlen



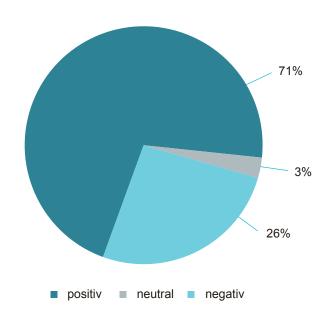
#### Interventionsquote (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)



## Interventionen im Privatversicherungs-Bereich pro Branche (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)



#### Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche



Das Ergebnis der per Ende 2021 abgeschlossenen 234 (Vorjahr 394) Interventionen war in 167 (304) Fällen positiv und in 60 (85) Fällen negativ. In 7 (5) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. (Hinzu kommen 18 Interventionsfälle, die Ende 2021 noch nicht abgeschlossen werden konnten).

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit rund 71% (77%).

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 Versicherungs-Gesellschaften funktionierte wie in früheren Jahren in den meisten Fällen gut bis sehr gut. Den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Ombudsman – in aller Regel handelt es sich bei diesen um Direktions- oder Geschäftsleitungsmitglieder der Versicherer – sei unser Dank dafür ausgesprochen. Sie haben konsequent für eine seriöse Prüfung der Interventionsfälle gesorgt. Die Stellungnahmen der Versicherer waren dementsprechend in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert und nachvollziehbar.

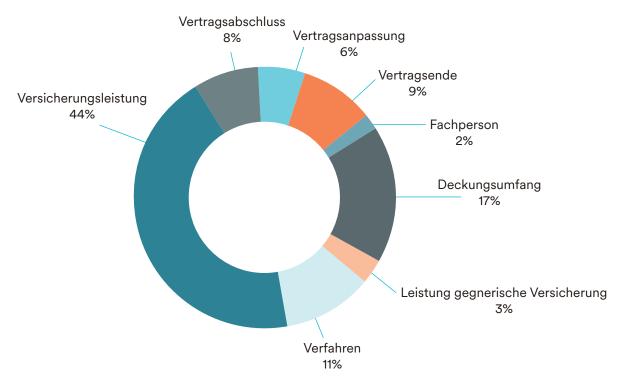
Die Zusammenarbeit mit den Versicherern dürfte massgeblich auch deshalb gut funktionieren, weil die Selbstregulierung der Versicherungsbranche durch die Ombudsstelle auf freiwilliger Basis erfolgt, und weil die Geschäftsleitungen der meisten Versicherer die Institution der Ombudsstelle als wichtig erachten.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

Die Bearbeitungsdauer der Interventionsfälle gab bei den meisten Versicherern zu keinen Beanstandungen durch den Ombudsman Anlass. Im Personenversicherungsbereich dauerte sie wie bis anhin ca. vier bis sechs Wochen. In den anderen Bereichen beträgt sie zwei bis vier Wochen.

Wie in den Vorjahren dauerte die Bearbeitung von Interventionsfällen lediglich bei ein paar wenigen Versicherern auch dann regelmässig mehr als vier Wochen, wenn keine Sachverhaltsabklärungen (durch Schadenexperten, Ärzte etc.) mehr nötig waren. Der Ombudsman 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 sowohl auf emotionaler als auch auf sachbezogener Ebene eine Deeskalation der Meinungsverschiedenheit erreicht wird.

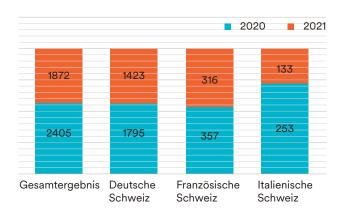
## Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

#### Der Bereich Privatversicherungen



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

#### Nichtleben-Bereich



Im Vorjahresvergleich war ein überwiegender Anteil der verschiedenen Branchen im Nichtleben-Bereich von einer Abnahme der Fallzahlen betroffen.

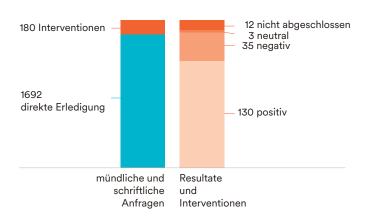
Die genauen Ursachen für diesen markanten Rückgang der Fallzahlen um ca. 22% sind uns nicht im Detail bekannt. Der Ombudsman sieht jedoch folgende pandemiebedingte Gründe, die den Rückgang im Privatversicherungsbereich wesentlich beeinflusst haben dürften:

Im Gegensatz zum Vorjahr hatten wir nur noch wenige Epidemie-Versicherungsfälle und deutlich weniger Reiseversicherungsfälle zu bearbeiten. Während im ersten Pandemie-Jahr strenge Lockdown-Regelungen viele Fragen hinsichtlich Epidemie-Versicherungen von Gastronomiebetrieben aufwarfen, waren im Berichtsjahr bei Epidemie-Versicherungen keine Sammelinterventionen mehr erforderlich. Umgekehrt bei den Reiseversicherungsfällen: Diese dürften deshalb zurückgegangen sein, weil die Reisefreudigkeit vieler aufgrund der besonderen Umstände im Zusammen-

hang mit COVID-19 gesunken ist, weil die Reiseversicherer teilweise ihre Vertragsbedingungen angepasst haben, und weil viele Vertragspartner von Reisenden (insbesondere Hotels) ihren Kunden vorteilhaftere Annullationsbedingungen (Möglichkeit zu kurzfristigeren Absagen ohne Kostenfolgen) offeriert haben. Dementsprechend sind die Fallzahlen in der Branchengruppe «Hausrat / Sachversicherung Unternehmen», worunter die Epidemieversicherungsfälle erfasst wurden, von 586 auf 170 gesunken und die Reiseversicherungsfälle von 313 auf 163. Der Fallzahlenrückgang in diesen Branchen von insgesamt 899 auf 333 führte somit bereits zu einer Reduktion der Fallzahlen von total 566 Anfragen. Diese Zahl übersteigt bereits den Gesamtrückgang im Privatversicherungs-Bereich.

Zusammengefasst schlägt sich das wie folgt auf die Fallzahlen nieder: Insgesamt 98 (587) Anfragen und Beschwerden standen im Zusammenhang mit den Folgen der COVID-19-Pandemie. Davon betrafen rund 33% (75%) Epidemie-Versicherungen von KMU-Betrieben, rund 59% (23%) Reiseversicherungen sowie ca. 8% (2%) Beschwerden gegen Versicherer anderer Branchen, z.B. Verfahrensbeschwerden wegen COVID-19-bedingt verzögerter Bearbeitung von Schadenfällen.

Der Nichtleben-Bereich zeichnet sich durch eine hohe Erfolgsquote bei den Interventionen aus.



#### Sachversicherungen

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

## Gebäudeversicherung / Deckungsumfang von Leck-Ortungskosten

Der allgemeine Deckungsumfang von Gebäude-Wasserschadenversicherungen bezieht sich auf Wasser-Folgeschäden, die auf eine gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB gedeckte Schadensursache zurückzuführen sind (z.B. Leitungsbruch), und für die gleichzeitig kein konkreter Deckungsausschluss vorliegt (z.B. mangelnder Gebäudeunterhalt). Kosten für die Behebung der Schadensursache sind nicht Gegenstand der Gebäudeversicherung (mit Ausnahme von wenigen Ursachen wie z.B. Frostschäden). Die Deckung von Leckortungs- und Freilegungskosten setzt nach den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB der Gebäudeversicherer zudem häufig voraus, dass ein versicherter Wasserfolgeschaden aufgrund eines Leitungslecks oder einer geborstenen Leitung vorliegen muss.

Es lohnt sich daher, die anwendbaren Versicherungsbedingungen genau zu studieren, wie folgendes Fallbeispiel zeigt. Im Haus eines gebäudeversicherten Ehepaars stieg Wasser über zwei Senklöcher in die Waschküche, den Vorraum sowie in den Heizungsraum auf. Daraus resultierte eine Überschwemmung des Bodens und ein entsprechender Schaden. Die in der Folge beigezogenen Firmen stellten fest, dass das Wurzelwerk einer Föhre, welche von den Voreigentümern der Liegenschaft direkt über dem Kontrollschacht im Garten gepflanzt worden war, durch den Schacht in das Abwasserrohr eingedrungen war. Die Föhre und Wurzelwerk mussten daher entfernt werden. Nach Einsetzen eines Betondeckels wurde der Garten wieder hergestellt. Der Gebäudeversicherer lehnte eine

Kostenbeteiligung mit der Begründung ab, dass der angemeldete Schaden nicht im Zusammenhang mit einem Leitungsbruch stünde. Die Versicherten wandten sich an die Ombudsstelle und baten diese um Überprüfung der Leistungsablehnung des Versicherers.

Die Ombudsstelle teilte dem Versicherer nach Prüfung der Vertragsbedingungen mit, dass Schäden infolge von Rückstau aus der Abwasserkanalisation und infolge Austretens von Flüssigkeiten und Gas aus Leitungsanlagen inklusive der daran angeschlossenen Einrichtungen und Apparaten versichert sind. Verwirklicht sich eines der genannten Risiken, so sind Ortungskosten gemäss den anwendbaren AVB des involvierten Versicherers auch ohne Zusammenhang mit einem Leitungsbruch bis zu einem Betrag von CHF 2'000.- versichert. Betreffend diesen Punkt intervenierte die Ombudsstelle beim Versicherer.

Dieser musste der Ombudsstelle, nach Wiedererwägung seiner Position, eingestehen, dass der Sachverhalt im Rahmen der Schadenbearbeitung zu wenig genau abgeklärt worden war, und bestätigte seine Beteiligung an den Ortungskosten im Betrag von CHF 2'000.-, womit der Beschwerdefall zur Zufriedenheit der Beschwerdeführer erledigt werden konnte.

#### Hausratversicherung / Ablösung eines Versicherungsprodukts durch ein neues ohne Einwilligung des Versicherungsnehmers / unzulässige einseitige Vertragsanpassungen

Ein paar Beschwerdefälle im Zusammenhang mit Sachversicherungen betrafen unzulässige einseitige Vertragsanpassungen durch den Versicherer.

In einem dieser Fälle informierte der Berater einer Versicherungs-Gesellschaft seinen Kunden Ende Januar 2021 darüber, dass die bestehende Hausrat- und Haftpflichtpolice leichte Änderungen erfahre und durch eine neue Police abgelöst werde. In der Folge erhielt der Versicherungsnehmer eine Offerte, mit welcher er

nicht einverstanden war. Diese beinhaltete insbesondere keine Deckung mehr für Fahrräder, E-Bikes und weitere Sachen. Der Haushaltversicherer erstellte deshalb eine neue Offerte mit der gewünschten Deckung aber mit höherer Prämie als bisher. Diese akzeptierte der Versicherungsnehmer nicht und kündigte seine bestehende Police per 31.03.2021. In der Folge teilte ihm der Versicherer mit, dass eine Kündigung der Police erst per 31.03.2022 möglich sei, wobei eine «Umstellung» auf seine bisherige Police nicht mehr vorgenommen werden könne.

Der Ombudsman teilte dem Versicherer in seiner Intervention mit, dass er aufgrund der geführten Korrespondenz davon ausgehen muss, dass er eine einseitige Vertragsänderung während der festen Mindest-Vertragsdauer bis 31.03.2022 vornehmen will, zumal er eine «Umstellung» auf das alte Produkt ausschliesse. Nach gültigem Privatversicherungsrecht könne zwar jede der beiden Vertragsparteien der anderen Vertragsänderungsvorschläge unterbreiten. Komme diesbezüglich jedoch keine Einigung zustande, gelte weiterhin der bisherige Vertrag. Der Ombudsman empfahl dem Versicherer daher, den bisherigen Vertrag entsprechend dem Wunsch des Beschwerdeführers bis 31.03.2022 weiterzuführen oder ihn ansonsten per Ende März 2021 freizugeben.

Der Versicherer bestätigte in der Folge, den bisherigen Vertrag bis Ende März 2022 weiterzuführen und räumte ein, dass es sich bei der beanstandeten Information des Beraters, eine Reaktivierung des ursprünglichen Vertrags sei nicht möglich, um eine Fehlinformation handelte.

#### Empfehlung an die Versicherten, wenn der Versicherer einen Ersatz für das bisherige Versicherungsprodukt offeriert

Fragen Sie den Versicherer, ob das neue Versicherungsprodukt gleichwertigen Schutz wie die bisherige Police bietet und welche Anpassungen bezüglich

des Deckungsumfangs vorgenommen worden sind. Stellen Sie Ihre Fragen schriftlich oder per E-Mail, falls Sie Zweifel haben oder bestimmte Vertragspunkte Ihnen besonders wichtig erscheinen.

#### Diebstahl-Versicherung / Vereinzelte Probleme bei der digitalen Vertragsabwicklung durch den Versicherer

Vor dem Hintergrund der immer beliebter werdenden E-Bikes hatte sich die Ombudsstelle im Berichtsjahr auch mit ein paar Diebstahl-Ereignissen zu befassen. Einer dieser Fälle betraf einen Versicherten, dessen E-Bike aus dem wohnungseigenen Veloraum gestohlen wurde. Nach Entdeckung des Diebstahls meldete er diesen seinem Hausratversicherer. Dieser lehnte die Deckung des Schadens mit der Begründung ab, dass das Risiko «Diebstahl zu Hause» gemäss seiner Police nicht versichert sei.

Dem Beschwerdeführer war bewusst, dass die abgeschlossene Versicherung keine Deckung für den Diebstahl zu Hause beinhaltete. Eine entsprechende Deckung war jedoch im Vertragsexemplar aufgeführt, das er mit der heruntergeladenen App des Versicherers nachträglich erhalten hatte. Auf sein Argument, dass er seiner Meinung nach davon ausgehen dürfe, dass er via App immer die neuste bzw. aktuell gültige Version des Vertrages erhalte und diese auch gelte, erwiderte der Versicherer, dass er den vereinbarten Vertrag als massgeblich für den Deckungsumfang betrachte.

Nach Erhalt seiner Beschwerde wies die Ombudsstelle den Versicherten darauf hin, dass eine Vertragsänderung durch den Versicherer grundsätzlich nur unter den in den anwendbaren AVB genannten Bedingungen möglich ist. Dennoch wurde der Ombudsman beim Versicherer vorstellig und teilte diesem mit, dass er insofern Verständnis für die erhaltene Beschwerde habe, als die «Änderung» im Vertrag sich einzig zu seinen Gunsten auswirkte und nicht zu einer höheren Prämie führte. Vor allem aber frage sich die Ombudsstelle, ob dieser

konkrete Fall nicht schon deshalb ein Entgegenkommen des Versicherers rechtfertige, weil die Beschwerde für diese einen gewissen Mehrwert besitzt. Sie zeigt nämlich im Zusammenhang mit der Digitalisierung ein mögliches Potenzial für Missverständnisse auf, die viele Policen betreffen könnten

Aus rein juristischer Sicht hielt der Versicherer in seiner Stellungnahme an der bisherigen Position fest, wonach keine Versicherungsdeckung für «Diebstahl zu Hause» vereinbart worden sei. Der Versicherte habe insbesondere auch keine entsprechende Vertragsänderung beantragt. Als Versicherer könne er jedoch die Erwartungshaltung seines Kunden gut nachvollziehen, wonach die App die aktuelle und korrekte Version der Vertragsgrundlagen enthalten muss. Der Versicherer war daher bereit, den geltend gemachten Schaden so zu regulieren, wie wenn der Versicherungsnehmer die vorgenannte Deckung bereits bei Vertragsabschluss eingeschlossen hätte, was zu einer Mehrprämie von rund CHF 60.- für das ganze laufende Versicherungsjahr führen würde. Bei Weiterführung des Vertrags wäre diese Deckung weiterhin eingeschlossen.

Der Beschwerdeführer war mit dieser Lösung einverstanden, worauf der Schaden bezahlt und die Deckung der Police entsprechend erweitert wurde.

#### **Branche Krankentaggeld**

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen erneut gesunken (von 471 auf 443). Der Anteil der Fälle, in denen die Arbeitsunfähigkeit und die Dauer der Versicherungsleistungen aufgrund von psychischen Krankheiten strittig war, blieb jedoch unverändert hoch.

## Krankentaggeld / Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern

Gelegentlich hat sich die Ombudsstelle mit Fragen zum Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeldversicherern / FZA zu befassen. Das Abkommen bezweckt die Regelung des Übertritts einer einzelnen versicherten Person von einer Kollektivkrankentaggeldversicherung in eine andere, oder des Übergangs von Versichertenbeständen in den Kollektivkrankentaggeld-Versicherungen zwischen den Versicherern, die diesem Abkommen beigetreten sind.

In einem dieser Fälle kündigte ein Krankentaggeld-Versicherer im September 2020 die Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung einer GmbH, die eine überdurchschnittlich hohe Schadenhäufigkeit und einen noch laufenden Krankheitsfall verzeichnete, per Ende des laufenden Versicherungsjahrs.

Nach Erhalt der Kündigung fand die GmbH per 1.01.2021 zwar einen neuen Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherer. Dieser schloss den neuen Vertrag mit der GmbH jedoch nur unter der Bedingung ab, dass der Mitarbeiter der GmbH, der beim Vorversicherer seit Monaten Krankentaggelder bezog, von der Police ausgeschlossen werde.

Der Vorversicherer war allerdings nicht bereit, nach Aufhebung der Police Nachleistungen für den kranken Mitarbeiter der GmbH zu leisten. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass der neue Versicherer nach dem Freizügigkeitsabkommen unter den Taggeld-Versicherern für die weiteren Krankentaggelder ab 1.01.2021 zuständig sei.

Der kranke Mitarbeiter der GmbH drohte daher \*zwischen Stuhl und Bank\* zu fallen. Die GmbH wandte sich deshalb an die Ombudsstelle. Nach Prüfung der Unterlagen wurde die Ombudsstelle beim Vorversicherer vorstellig und stellte die Frage zur Diskussion, ob dieser ab dem 1.01.2021 nicht Nachleistungen aus der aufgehobenen Police erbringen müsse, zumal im Privatversicherungsrecht kein Vertragsabschlusszwang bestehe.

In der Folge nahm der Vorversicherer mit dem neuen Versicherer Kontakt auf, um zeitnah eine Lösung im Interesse des arbeitsunfähigen Mitarbeiters der GmbH zu finden, worauf sich der neue Versicherer ohne weitere Begründung bereit erklärte, die geltend gemachten Krankentaggelder ab 1.01.2021 zu übernehmen.

Der Ombudsman geht davon aus, dass im konkreten Fall Art. 4 Abs. 2 des Freizügigkeitsabkommens angewendet wurde. Danach gehen laufende Schadenfälle ab Datum des Versichererwechsels im Umfang der beim bisherigen Versicherer vorgesehenen Höhe des Taggeldes, der Wartefrist und der Leistungsdauer zu Lasten des neuen Versicherers, sofern der Arbeitnehmer beim neuen bzw. bisherigen Arbeitgeber im gleichen Umfang angestellt ist. Bei einer Anstellung im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit, übernimmt der bisherige Versicherer den laufenden Schadenfall.

## Rechtsschutz-Versicherungen / Wann muss eine Expertise veranlasst werden?

Verschiedentlich hatten wir uns mit Rechtsschutz-Fällen zu befassen, in denen sich die Frage stellte, unter welchen Voraussetzungen ein Rechtsschutz-Versicherer bei Vorliegen einer versicherten Rechtsstreitigkeit tätig werden und eine Expertise bzw. ein Gutachten zur Klärung strittiger Sachfragen in Auftrag geben muss.

Als Beispiel soll ein Fall einer Versicherten dienen, die im Frühjahr 2021 von einem privaten Verkäufer einen gebrauchten Audi gekauft hat. Der Verkäufer hat die Gewährleistung für das Fahrzeug wegbedungen. Nach kurzer Zeit traten beim Audi diverse Mängel auf. Die Versicherte liess deshalb das Fahrzeug bei ihrer Garage untersuchen. Dabei wurde unter anderem eine Undichtigkeit zwischen Motor und Getriebe festgestellt. Gemäss Bericht des Garagisten sei versucht worden, den Austritt von Kühlwasser durch eine nicht fachmännische Reparatur zu beheben.

Die Betroffene wandte sich an ihren Rechtsschutz-Versicherer, um mit dessen Unterstützung gegen den Verkäufer ihres Autos vorzugehen. Dieser teilte seiner Versicherten mit, dass der Verkäufer infolge Wegbedingens der Sachgewährleistung nur für den entdeckten Mangel hafte, wenn ihm eine arglistige Täuschung nachgewiesen werden könne. Die Beweissuche gehöre indessen nicht zu seinen Kernaufgaben als Rechtsschutz-Versicherer. Diese obliege ihr als versicherte Person. Die Versicherte war mit dieser Antwort nicht einverstanden und bat deshalb die Ombudsstelle um Prüfung der Position ihres Versicherers.

Nach Kenntnisnahme der Akten intervenierte der Ombudsman beim Rechtsschutz-Versicherer und hielt zunächst fest, dass Streitigkeiten aus Verträgen (z.B. Kauf oder Service) im Zusammenhang mit ihren in der Schweiz registrierten Fahrzeugen versichert sind. Der von der Versicherten beigebrachte Bericht des Garagisten liefere zudem konkrete Anhaltspunkte für einen möglichen Betrugsfall. Aufgrund des Berichts der Garage gehe die Käuferin davon aus, dass der Verkäufer von den Mängeln und der unfachmännischen Reparatur Kenntnis gehabt habe. Dieser habe jedoch auf die Mängelrüge der Käuferin nicht reagiert. Es liege daher eine gedeckte Streitigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB vor. Gemäss den AVB obliege die Beweisführung zudem nicht der versicherten Person. Im Gegenteil würden die AVB auch Gutachten durch Sachverständige als versichert bezeichnen.

Nach Prüfung der Intervention bestätigte der Rechtsschutz-Versicherer, ein Gutachten durch einen Fahrzeugexperten zu veranlassen.

#### Ergänzende Bemerkungen des Ombudsman

Der Ombudsman erachtet diesen Entscheid als richtig. Sobald eine versicherte Person Sachverhaltselemente belegen kann, welche ein Fehlverhalten einer Gegenpartei nahelegen, ist der Rechtschutz-Versicherer bei Vorliegen einer gedeckten Rechtsstreitigkeit seiner Meinung nach verpflichtet, tätig zu werden und nötigenfalls eine Expertise oder ein

Gutachten zu veranlassen, damit der rechtsrelevante Sachverhalt geklärt und die Erfolgsaussichten eines Rechtsschutz-Begehrens seriös beurteilt werden können.

## Tierversicherungen / Starke Zunahme von Anfragen und Beschwerden

Im Berichtsjahr haben Anfragen und Beschwerden in der Branche Tierversicherungen stark zugenommen (von 23 auf 138). In der überwiegenden Anzahl der uns unterbreiteten Vermittlungsgesuche handelte es sich um Verfahrensbeschwerden von Versicherten wegen allzu langer Bearbeitungsdauer eines Schadenfalls. Hinzu kamen auch Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Frage, wie die Versicherungsleistung im konkreten Fall zu berechnen ist.

#### Tierversicherungen / Das Schweigen des Versicherungsnehmers auf ein offeriertes neues Versicherungsprodukt innert einer vom Versicherer gesetzten Frist kann nicht automatisch als Akzept der Offerte gewertet werden

In Einzelfällen hatte sich die Ombudsstelle auch mit angekündigten Vertragsanpassungen per Beginn des kommenden neuen Versicherungsjahrs durch den Versicherer zu befassen, bei denen der Versicherer den Versicherungsnehmern nicht die Möglichkeit gewähren wollte, den Vertrag bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahrs kündigen zu können, falls diese die Vertragsanpassung ablehnen.

In einem dieser Fälle wurde einem Versicherungsnehmer mit Schreiben vom 30.03.2021 mitgeteilt, dass
er ab der nächsten Prämienfälligkeit per 1.07.2021 ein
neues Versicherungsprodukt in Anspruch nehmen könne, für welches eine um das vierfach höhere Jahresprämie als bisher vorgesehen war. Gleichzeitig wurde
ihm mitgeteilt, es sei nicht möglich, den alten Vertrag
weiterzuführen, und dass das neue Produkt ohne seine
Nachricht bis Ende April 2021 als von ihm als akzeptiert
gelte.

Mit dieser Vorgehensweise war der Beschwerdeführer nicht einverstanden. Er berichtete der Ombudsstelle, dass er mehrere Male erfolglos versucht habe, seinen Versicherer telefonisch und per E-Mail zu kontaktieren. Mit E-Mail vom 18.06.2021 gab er sodann die Kündigung seiner Police bekannt. Dies auch deshalb, weil er bezüglich der angekündigten massiven Prämienanpassung keine Erklärung vom Versicherer erhalten habe. Bei dieser Gelegenheit erkundigte der Versicherte sich auch, ob er seine Police auf dem elektronischen Weg kündigen könne. Eine Antwort des Versicherers blieb aus. Hingegen erhielt er eine Zahlungserinnerung inklusive Mahnspesen für die neue Police.

Der Ombudsman teilte dem Versicherer in seiner Intervention mit, dass er Verständnis für das Anliegen des Beschwerdeführers habe. Dies zumal die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB die Option des Versicherungsnehmers vorsehen, den Vertrag bis zum letzten Tag des Versicherungsjahrs zu kündigen, falls dieser mit einer vom Versicherer vorgeschlagenen Vertragsänderung nicht einverstanden ist. Der Hinweis des Versicherers in seinem Schreiben vom 30.03.2021, dass der neue Vertrag als angenommen gelte, wenn er bis Ende April 2021 keine Nachricht vom Beschwerdeführer erhalte, erweise sich demzufolge als vertragswidrig und falsch. Im Weiteren vertrat der Ombudsman die Auffassung, dass das E-Mail des Beschwerdeführers vom 18.06.2021, welches noch vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres erfolgte, als Kündigung zu qualifizieren sei. Der Beschwerdeführer habe darin klar zum Ausdruck gebracht, dass er mit der Vertragsänderung nicht einverstanden war und den bisherigen Vertrag auflösen wollte. Er war sich einzig unsicher, ob die Kündigung einer besonderen postalischen Form bedarf.

Der Versicherer gab dem Ombudsman einen Widerspruch zur Sachdarstellung des Beschwerdeführers bekannt. Nämlich dass dieser sämtliche Unterlagen und Informationen zum Produktewechsel per E-Mail und per Post sowie einen Link zur Vereinbarung einer tele-

fonischen Besprechung erhalten habe. Unabhängig davon kam der Versicherer aufgrund der Intervention des Ombudsman entgegen und akzeptierte die Kündigung des Beschwerdeführers per Ende Juni 2021.

## Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Schweizer Schadenversicherer / 6 Beschwerden an die Ombudsstelle im Berichtsjahr 2021

Im Berichtsjahr hatte sich die Ombudsstelle erstmals mit Beschwerden gegen Einmeldungen ins HIS, dem Hinweis- und Informationssystem der Schweizer Schadenversicherer, zu befassen, welches ab dem 1.02.2021 in Betrieb genommen wurde. Das HIS unterstützt die Versicherungsgesellschaften in ihren Bestrebungen, Versicherungsmissbrauch zu verhindern. Wenn einer der definierten 10 Einmeldegründe vorliegt (z.B. eine betrügerische Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG, ein vorsätzliches Herbeiführen des versicherten Ereignisses nach Art. 14 Abs. 1 VVG etc.), veranlasst der involvierte Schadenversicherer eine Einmeldung ins HIS.

Gegebenenfalls muss die Versicherungsgesellschaft den Anspruchsteller schriftlich über die Einmeldung ins HIS informieren.

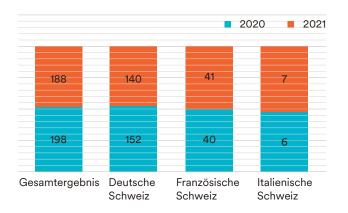
Nach Eingang einer Einsprache der versicherten Person beim Versicherer sperrt diese die Einmeldung im HIS umgehend und lässt den Einmeldeentscheid durch eine Person überprüfen, die noch nicht mit dem Fall betraut war. Kommt der Versicherer zum Schluss, dass eine Einmeldung zu Unrecht erfolgt ist, löscht sie diese aus dem HIS. Hält der Versicherer am Einmeldeentscheid fest, teilt er dies der eingemeldeten Person schriftlich mit. Danach verbleiben der eingemeldeten Person 30 Tage, um die Einmeldung anzufechten. Während dieser Zeit bleibt die Einmeldung gesperrt.

Im Berichtsjahr sind bei der Ombudsstelle 6 Beschwerden gegen Einmeldungen ins HIS eingegangen. Davon konnten wir einen Fall mangels Zuständigkeit nicht bearbeiten, weil die Beschwerde führende Partei bereits durch ihre Rechtsschutz-Versicherung vertreten war. In einem anderen Fall mussten wir den Beschwerdeführer auf den Rechtsweg verweisen, weil im konkreten Fall zur abschliessenden Beurteilung des von der Beschwerde führenden Partei nachträglich geltend gemachten Sachverhalts verschiedene Zeugeneinvernahmen erforderlich gewesen wären. Als Ombudsstelle können wir im Gegensatz zu einem Zivilgericht keine Zeugeneinvernahmen mit Hinweis auf die Straffolgen bei Falschaussage durchführen.

Lediglich in einem der weiteren HIS-Fälle, welche für die Ombudsstelle immer mit umfangreichen Aktenstudium verbunden und entsprechend zeitintensiv sind, kamen wir nach neutraler Beurteilung der Rechtslage zum Schluss, dass der HIS-Eintrag nicht gerechtfertigt war. Im konkreten Fall folgte der Versicherer der Empfehlung des Ombudsman, vom Vorwurf der betrügerischer Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG Abstand zu nehmen und den HIS-Eintrag zu löschen, nachdem aufgezeigt werden konnte, dass ein Missverständnis in der Interpretation des dokumentierten Sachverhalts durch den Versicherer vorlag.

#### Leben-Bereich

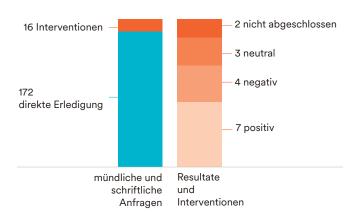
Auch im Bereich Einzel-Lebensversicherung verzeichnete die Ombudsstelle im Berichtsjahr eine leichte Abnahme der Fallzahlen.



Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen insbesondere folgende drei Fallgruppen:

- Geltend gemachte Falschberatungen im Zusammenhang mit Fondspolicen
- Abschluss von Säule 3a-Policen mit Arbeitnehmenden aus dem Ausland, welche häufig nur für ein paar Jahre in der Schweiz arbeitstätig sind
- Fragen zu Rückkaufswerten von vorzeitig aufgelösten Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil.

Mit 16 Fällen gegenüber 13 im Vorjahr nahm die Anzahl Interventionen im Leben-Bereich leicht zu.



## Fondspolicen mit Einmaleinlage / Beschwerden gegen Lebensversicherer betreffend fehlende Transparenz in Bezug auf die Abschlusskosten

Es haben sich vermehrt Versicherungsnehmer an uns gewandt, welche vor ca. 20 bis 30 Jahren eine Fondspolice ohne garantierte Mindestleistung im Erlebensfall bei Vertragsablauf abgeschlossen hatten. Diese betrachteten entweder die nach Vertragsablauf bekannt gegebene Erlebensfall-Leistung oder die Rückkaufswerte im Falle der vorzeitigen Vertragsauflösung als zu tief. Einer dieser Fälle betraf eine Versicherungsnehmerin, die eine Fondspolice mit Laufzeit bis im Jahr 2027 abgeschlossen hatte. Bis im Jahr 2021 hatte sie insgesamt Prämien von ca. CHF 165'000.- einbezahlt. Der im Frühjahr 2021 bekannt gegebene Rückkaufwert betrug rund CHF 149'000.-. Da die gewählte Fondsan-

lage nach ihren Abklärungen über die bisherige Laufzeit des Vertrags eine gute Performance hatte, ersuchte sie den Versicherer um Stellungnahme zur Frage, wie es zu dieser Differenz kommen konnte. Daraufhin teilte der Versicherer ihr mit, dass er detaillierte Abrechnungen der Fondswerte und der Kosten nicht zur Verfügung stellen könne. Als Versicherer habe er die Ermittlung des Rückkaufswerts bzw. der Erlebensfallleistung nicht im Detail, sondern lediglich die mathematischen Grundsätze in den AVB darzulegen. Damit war die Versicherte nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Der Ombudsman stellte sich in seiner Intervention beim Versicherer auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin seiner Meinung nach Anspruch auf eine detaillierte Zusammenstellung der Fondswerte und der Kosten habe, um die vertragskonforme Abwicklung der Versicherung überprüfen zu können.

Der Versicherer teilte diese Meinung nicht und wies den Ombudsman darauf hin, dass seine Auffassung nicht im Einklang mit dem FINMA Rundschreiben 2016/6 «Lebensversicherung» stehe. Dieses lege in Randziffer 76 ausdrücklich fest, dass die betreffenden Angaben bzw. Informationen bloss so mitgeteilt werden müssen, dass diese für Sachverständige nachvollziehbar sind. Im Umkehrschluss bestehe daher kein Recht der Versicherungsnehmer, derart detaillierte Informationen zu erhalten, dass diese selbst die Berechnungen überprüfen können. Auch könne eine Informationserteilung insbesondere hinsichtlich der Kosten nicht so weit gehen, dass dabei sogar Geschäftsgeheimnisse, z.B. im Zusammenhang mit der Produktgestaltung, offengelegt würden, die dann unter Umständen auf Umwegen auch an Dritte (z.B. Konkurrenten) geraten könnten. Dennoch stellte der Versicherer dem Ombudsman einen Kostenbericht zu. Dies allerdings verbunden mit der Auflage, die darin aufgeführten Informationen streng vertraulich zu behandeln und nicht an die Versicherungsnehmerin weiterzuleiten, soweit diese gemäss dem Rundschreiben der FINMA kein Anspruch auf Bekanntgabe habe.

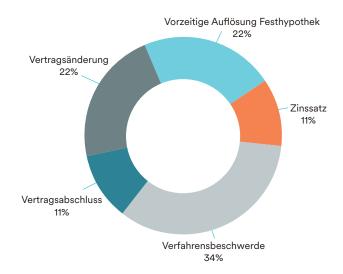
Der Ombudsman intervenierte daraufhin beim Versicherer ein zweites Mal und teilte diesem im Wesentlichen mit, dass er unabhängig vom erwähnten Rundschreiben der FINMA entsprechend der allgemeinen Versicherungspraxis eine grösstmögliche Transparenz als geboten erachte und der Versicherer daher nebst verschiedenen Werten (wie z.B. dem Inventardeckungskapital, Risiko- und Kostenüberschuss) auch die erhobenen Abschluss-, Verwaltungskosten und Risikoprämien bekannt geben sollte. In der Folge erklärte sich der Versicherer bereit, die Verwaltungskosten und Risikoprämien bekanntzugeben. Bezüglich der Abschlusskosten lehnte er die empfohlene Transparenz an die Versicherungsnehmerin jedoch definitiv ab. Der Ombudsman empfahl der Beschwerdeführerin deshalb, sich noch an die Aufsichtsbehörde zu wenden, damit diese prüfen könne, ob sich die Höhe der erhobenen Kosten im Rahmen des Zulässigen bewegt, oder ob diese als missbräuchlich zu qualifizieren ist.

Der Ombudsman ist mit diesem Resultat nicht zufrieden. Es gibt zwar keine gesetzliche Verpflichtung zur Bekanntgabe der Abschlusskosten. Unabhängig davon geht die Ombudsstelle aufgrund von zahlreichen Anfragen davon aus, dass die Gesetzgebung hier kaum im Einklang mit dem Rechtsempfinden der überwiegenden Mehrheit der Versicherungsnehmer stehen dürfte. Diese wollen nach unseren Erfahrungen darüber in Kenntnis gesetzt werden, welcher Anteil der Gesamtprämie der Bildung von Sparkapital bzw. der Altersvorsorge dient, und wie hoch die Kosten sind, die mit dem Erwerb des Vorsorge-Produkts verbunden sind. Letzteres gilt vor allem dann, wenn der Wertverlauf einer Fondspolice sich nicht nach den ursprünglichen Prognosen des Versicherers entwickelt hat.

#### Empfehlung an die Lebensversicherer

Teilen Sie Ihren Versicherungsnehmerinnen zumindest auf Anfrage hin mit, welcher Anteil der Prämie der Bildung von Sparkapital dient und welcher Anteil der Finanzierung der Risikoprämien und der Abschluss- und Verwaltungskosten.

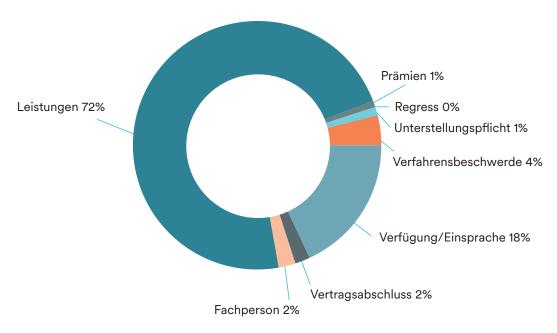
#### Hypothekar-Darlehensverträge



#### Anfragen im Bereich Hypotheken

Im Berichtsjahr wurden uns lediglich 9 (13) Anfragen zu Hypothekarverträgen mit Versicherungs-Gesellschaften unterbreitet. Diese betrafen überwiegend Fragen im Zusammenhang mit Vorfälligkeitsentschädigungen, Vertragsauflösungen und Fragen im Zusammenhang mit der Vertragsabwicklung einer noch laufenden Festzins-Hypothek.





Im Berichtsjahr wurden erneut weniger Fälle an die Ombudsstelle gerichtet (548). Im Vorjahresvergleich (692) bedeutet dies eine Reduktion um rund 20%.

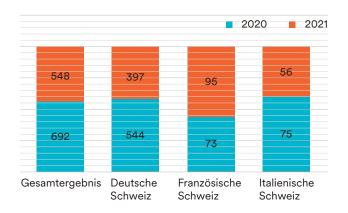
Worauf dieser erneute markante Rückgang der Fallzahlen zurückzuführen ist, nachdem die Fallzahlen bereits im Vorjahr um rund 20% abgenommen hatten, ist der Ombudsstelle nicht im Detail bekannt. Der Ombudsman vermutet, dass die Pandemie zumindest teilweise die Fallzahlen abermals beeinflusst haben dürfte. Gründe dafür könnten pandemiebedingt aufgeschobene ärztliche Behandlungen, Operationen in Spitälern, geänderte Verhaltensweisen in der Freizeit (weniger Aktivitäten in Mannschaftssportarten, in Fitnesscentern etc.) und im Beruf sein (vermehrtes Home Office mit weniger Unfällen auf dem Arbeitsweg und erheblich reduzierte Geschäftsreisen).

Da in 18% der Anfragen von UVG-Versicherten an die Ombudsstelle bereits eine Verfügung ergangen war, kann der Ombudsman zudem nicht ausschliessen, dass UVG-Versicherer rascher eine Verfügung erlassen als in früheren Jahren. Sobald in UVG-Angelegenheiten und in Angelegenheiten der Militärversicherung bereits

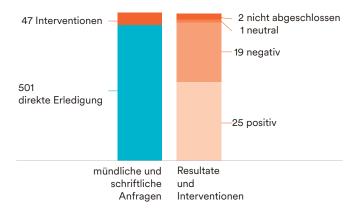
eine Verfügung ergangen ist, kann die Ombudsstelle nicht mehr tätig werden. Ab dann beginnt das Verwaltungsverfahren, in welchem kein Raum mehr für eine Vermittlung durch die Ombudsstelle besteht. Versicherte, welche Kenntnis davon erlangen, dass wir ab Erlass einer Verfügung nicht mehr zuständig sind, wenden sich dementsprechend nicht mehr an uns.

#### **Empfehlung an die UVG-Versicherer**

Der Ombudsman legt den UVG-Versicherern nahe, ablehnende Leistungsentscheide den Versicherten nicht sofort mittels UVG-Verfügung zu eröffnen, sondern in einem formlosen begründeten Schreiben.



Am häufigsten war die Kausalität zwischen einem Unfall und den geltend gemachten Gesundheitsbeschwerden strittig, gefolgt von Fragen zum Unfallbegriff und zur (unfallähnlichen) Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG, zur Heilbehandlung, zu Taggeldleistungen und zum Thema Integritätsentschädigung.



#### Zahnschäden / Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des UVG-Versicherers bei bereits bestehenden Vorschäden am Zahn

Verschiedene uns unterbreitete Beschwerden betrafen die strittige Leistungspflicht des Unfallversicherers für Zahnschäden. In einem dieser Fälle berichtete der Versicherte, er habe auf dem Weg zum Bahnhof einem Fussgänger ausweichen müssen, welcher unvermittelt die Richtung wechselte. Dabei sei er auf einer Bodenplatte ausgerutscht und heftig auf seine rechte Gesichtshälfte gefallen. Neben verschiedenen Frakturen im Gesicht hat er auch Schäden an zwei Zähnen erlitten. Der zuständige Unfallversicherer lehnte die Übernahme der Kosten für die Zahnsanierung gestützt auf die Aktenbeurteilung des beratenden Zahnarztes ab. Dieser stellte sich auf den Standpunkt, dass die Zahnbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien. Die betroffenen Zähne seien bereits vor dem Unfallereignis behandlungsbedürftig und sehr fraglich vital gewesen. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden hätten daher auch spontan oder bei einem normalen Kauakt ohne zusätzliches Unfallereignis auftreten können.

Die Ombudsstelle argumentierte in ihrer Intervention, dass alleine der Umstand, dass der Beschwerdeführer beim Schadenereignis nachweislich mehrere Frakturen im Gesicht erlitten hatte, darauf schliessen lasse, dass es sich um einen schweren Sturz handelte. Es erscheine schon deshalb als plausibel, dass er dabei auch einen Zahnschaden erlitt. Nachdem im Bericht der Zahnarztpraxis, bei welcher der Beschwerdeführer notfallmässig versorgt wurde, sodann festgehalten werde, dass er dort mit abgebrochenen Zähnen und pulpitischen Beschwerden erschien, erachte es die Ombudsstelle als erstellt, dass er Zahnschäden erlitten habe, welche klar dem Unfall zugeordnet werden könnten.

Die Ombudsstelle verwies des Weiteren auf das Bundesgerichtsurteil 8C\_750/2015 vom 18.01.2016. Darin werde festgehalten, dass die Annahme eines Unfalles nicht mit der Begründung ausgeschlossen werden darf, ein völlig intakter Zahn hätte die Belastung überstanden. Es genüge vielmehr, dass ein sanierter Zahn vor dem Unfall für den normalen Kauakt funktionstüchtig gewesen sei. Dass die betroffenen Zähne vor dem Unfall (trotz Füllungen und Karies) funktionstüchtig und für den normalen Kauakt geeignet gewesen waren, werde von der Zahnarztpraxis bestätigt.

Der Unfallversicherer anerkannte nach Wiedererwägung seiner Position, dass für die Annahme der natürlichen Kausalität bereits eine Teilursache genüge. Er erklärte sich folglich bereit, für die Kosten der Zahnversorgung der beschädigten Zähne aufzukommen, damit der «Status quo sine» (der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte) hergestellt werden könne. Die Übernahme von Kosten für allfällige Rückfälle oder Spätfolgen schloss er indessen aus.

#### Die Versicherungsdeckung der obligatorischen Unfallversicherung besteht auch für Unfälle im Home Office

Im Zusammenhang mit der Pandemiesituation wurde der Umfang des Versicherungsschutzes bei Unfällen im Home Office in den Medien vermehrt thematisiert. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Unfallereignisse im Home Office versicherungsrechtlich ebenso als Berufsunfall behandelt werden wie die am Arbeitsort. Allerdings kann sich bei einem Unfall im Home Office der Nachweis des Schadenereignisses mangels Zeugen als schwieriger gestalten als bei einem Unfall am Arbeitsplatz.

## Empfehlung an Versicherte, die im Home Office verunfallt sind

Dokumentieren Sie Ihren Unfall (wann, wie, wo) zeitnah, und melden Sie diesen umgehend dem Arbeitgeber sowie der Versicherungs-Gesellschaft. Von Vorteil ist es in einem solchen Fall sicher auch, wenn mit einem Arztbesuch nicht lange zugewartet wird.

# Sturz vom Bürostuhl im Home Office / Fallbeispiel für eine ungenügende Prüfung des Vorliegens einer (unfallähnlichen) Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG

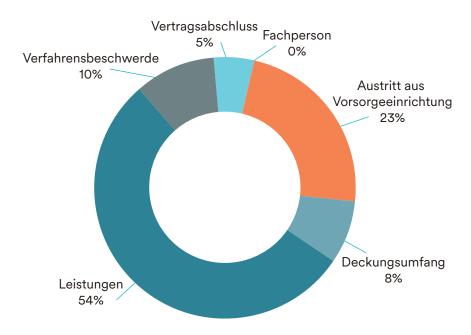
Auch die Ombudsstelle hatte einen Fall zu beurteilen, welcher sich im Home Office ereignete. Die Beschwerdeführerin berichtete, sie habe mit Schwung auf dem Bürostuhl nach rechts abgedreht, um etwas aus einer Schublade zu nehmen. Dabei habe sie sich das linke Knie verdreht, worauf dieses blockiert gewesen sei. Danach sei sie vom Stuhl auf den Boden gerutscht bzw. zu Boden gestürzt. Der am übernächsten Tag erhobene radiologische Befund ergab einen dislozierten Korbhenkelriss des lateralen Meniskus sowie einen leichtgradigen Gelenkserguss bzw. Hämarthrose am linken Knie. Die Beschwerdeführerin wurde deswegen nur zwei Tage später operiert.

Der Unfallversicherer setzte die grundsätzliche Deckung für Unfälle im Home Office nicht in Frage. Im konkreten Fall lehnte sie die Deckung vielmehr mit der Begründung ab, dass weder ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG noch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege. Für seine Ablehnung verwies er auf die Kurzbeurteilung eines beratenden Arztes. Dieser bejahte die Frage Nr. 1 des Versicherers, ob eine Körperschädigung vorliege, die vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dies allerdings ohne jegliche Begründung. Zur Frage Nr. 2 des Versicherers, ob die Körperschädigung einer der in der Liste zu Art. 6 Abs. 2 UVG aufgeführten Diagnosen entspreche, äusserte sich der Arzt nicht, da er diese Frage gemäss den Vorgaben des Versicherers nur beantworten sollte, falls die erste Frage verneint wurde.

Da im Entscheid des Unfallversicherers nicht dargelegt wurde, welche Voraussetzungen für die Annahme eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung nicht erfüllt seien, und auch der Arzt seine Beurteilung nicht begründet hatte, erschien das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin aus Sicht der Ombudsstelle als verletzt, was für sich alleine eine Intervention gerechtfertigt hätte. Ungeachtet dessen empfahl die Ombudsstelle der Beschwerdeführerin im Hinblick auf einen bekannten Vorzustand am Meniskus, beim behandelnden Arzt eine Stellungnahme zur Frage einzuholen, ob die neu eingetretene Verletzung auf den Vorzustand zurückzuführen sei oder das aktuelle Schadenereignis als Ursache zu betrachten sei.

Der behandelnde Arzt legte in der eingeholten Stellungnahme dar, weshalb die in den intraoperativen Bildern sichtbaren Verletzungen eindeutig für eine traumatische Genese sprechen würden. Die Ombudsstelle wurde auf Basis seiner Beurteilung bei der Unfallversicherung vorstellig, worauf diese ihren Entscheid revidierte und ihre Leistungspflicht anerkannte.

#### Der Bereich berufliche Vorsorge

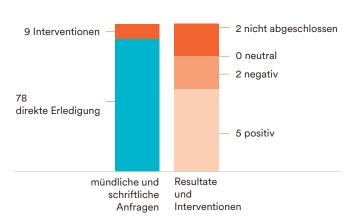


Im Berichtsjahr wandten sich 87 Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten.



Hinzu kamen insgesamt 20 (21) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.

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



#### Freizügigkeitsleistung / Fehlerhafte Abrechnung des BVG-Versicherers infolge unkorrekter Lohndeklaration der Arbeitgeberin der versicherten Person

In einem BVG-Fall wandte sich ein Versicherter an die Ombudsstelle, bei dem es im Jahr 2015 zur Trennung im Streit mit der Arbeitgeberin gekommen war. Die arbeitsrechtliche Auseinandersetzung bezog sich unter anderem auf die Höhe des Lohnanspruchs sowie die Dauer des Arbeitsvertrags.

Der BVG-Versicherer rechnete damals eine Freizügigkeitsleistung per Ende August 2015 ab. Im Jahr 2020 orientierte der Versicherte den BVG-Versicherer, dass das zuständige Kantonsgericht über die gegenseitigen Forderungen der Parteien entschieden habe, und dass das betreffende Urteil rechtskräftig sei.

Der BVG-Versicherer forderte die ehemalige Arbeitgeberin des Versicherten daher auf, die korrekten Lohnmeldungen für die Jahre 2015 und 2016 nachzureichen, damit die rückwirkenden Lohnanpassungen verarbeitet werden können. Die ehemalige Arbeitgeberin kam dieser Forderung jedoch nicht nach, worauf der BVG-Versicherer dem Versicherten mitteilte, dass er nichts machen könne, weil er für die fragliche Zeit keine Lohnabrechnungen beibringen könne.

Nachdem der Versicherte sich an die Ombudsstelle gewandt hatte, wurde diese beim Versicherer vorstellig und wies darauf hin, dass im rechtskräftigen Urteil des Kantonsgerichts ausdrücklich festgehalten werde, dass der Arbeitsvertrag Ende April 2016 endete, und dass der Nettolohn CHF 8'500.- betrug. Nach Auffassung der Ombudsstelle sei die Freizügigkeitsleistung aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 23) auf Basis der bekannten Zahlen abzurechnen.

Der BVG-Versicherer teilte dem Ombudsman mit, dass ihm aufgrund des besagten Urteils des zuständigen Kantonsgerichts bewusst sei, dass das Arbeitsverhältnis entgegen der Sachdarstellung der ehemaligen Arbeitgeberin erst per Ende April 2016 aufgelöst ist. Dennoch hätte der Austritt bisher nicht entsprechend korrigiert werden können, weil der Bruttolohn bisher nicht bekannt gegeben worden sei. Der berufsvorsorgerechtlich versicherte Lohn ergebe sich aus dem Bruttolohn, welcher im Allgemeinen dem AHV-Lohn entspreche.

Die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers habe für das Jahr 2015 einen Jahreslohn von CHF 156'000.- gemeldet. Bei einer überschlagsmässigen Plausibilisierung anhand der üblichen Sozialversicherungsbeiträge sei nicht nachvollziehbar gewesen, wie daraus ein monatlicher Nettolohn von CHF 8'500.- resultieren konnte. Da die ehemalige Arbeitgeberin bereits unter Strafandrohung gerichtlich und rechtskräftig zur Ausstellung von Lohnabrechnungen für die noch zu versichernden Monate bis und mit April 2016 verpflichtet worden sei, sei er als BVG-Versicherer davon ausgegangen, dass dieser Anordnung innert nützlicher Frist Folge geleistet werde. Aus diesem Grund habe er den Versicherten um Zustellung der betreffenden Unterlagen ersucht.

Nachdem klar geworden sei, dass die ehemalige Arbeitgeberin dies trotz gerichtlicher Anordnung nicht getan hatte und der Versicherte die betreffenden Unterlagen nicht erhalten hatte, sei diese gestützt auf Art. 10 BVV 2 als auch aufgrund des abgeschlossenen Anschlussvertrages aufgefordert worden, die massgeblichen Löhne zu melden. Dieser Aufforderung sei jedoch nicht Folge geleistet worden.

In den Akten, welche der Versicherte der Ombudsstelle eingereicht hat, befänden sich jedoch detaillierte Lohnabrechnungen, aus denen plausibel nachvollziehbar sei, wie aus einem gemeldeten Jahreslohn von CHF 156'000.- eine Auszahlung von monatlich lediglich CHF 8'500.- resultieren könne.

Der BVG-Versicherer stellte dem Versicherten daher die Korrektur des Austritts per Ende April 2016 und die Überweisung der dem Versicherten noch zustehenden restliche Austrittsleistung auf das bekannte Freizügigkeitskonto in Aussicht.

### Die Zweigstellen

#### Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

#### **Fallentwicklung**

Im Jahr 2021 wurden 231 Anfragen an die Zweigstelle in Lugano gerichtet. Dies ist eine deutlich tiefere Anzahl von Anfragen als im Vorjahr 2020 (364). Worauf dieser starke Rückgang der Fallzahlen in der italienischsprachigen Schweiz zurückzuführen ist, ist dem Zweigstellenleiter, Avv. Cereghetti, nicht bekannt. Er vermutet, dass die weiterhin grassierende COVID-19-Pandemie die Sorgen vieler Personen auf andere Themen lenkt, und dass die damit verbundenen eingeschränkten Reisemöglichkeiten zu einer Reduktion von Reiseversicherungsfällen geführt hat. Auch die vermehrte Home-Office-Arbeit dürfte sich in den sinkenden Fallzahlen im Zusammenhang mit der Unfallversicherung wieder finden. Die Anzahl der Fälle, deren Auslöser die Pandemie war (Epidemie- und Reiseversicherungen), haben zudem auch in der italienischen Schweiz deutlich abgenommen.

Wie in den Vorjahren bezog sich die deutliche Mehrheit der Anfragen auf Beschwerden, welche das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) betreffen, wobei diese von 259 auf 140 gesunken sind.

Im UVG-Bereich sind die Fallzahlen der Zweigstelle von 73 auf 56 gesunken.

Ein kleinerer Teil der Anfragen betrifft den BVG-Bereich, in welchem die Fallzahlen von 13 auf 15 gestiegen sind. Zum Hypothekar-Bereich gab es lediglich 2 Anfragen. Schliesslich fielen 18 Fälle ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs.

Der Rückgang der Fallzahlen hat sich auch auf die Interventions-Zahlen ausgewirkt, welche von 62 auf 14 gesunken sind. Davon konnten 7 erfolgreich, also mit einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei, abgeschlossen werden.

Im Vordergrund standen Anfragen zu Kranken-

taggeld-Versicherungen, Haftpflichtversicherungen inklusive Autohaftpflicht, Gebäudeversicherungen, Rechtsschutzversicherungen und die obligatorische Unfallversicherung. Die strittigen Fragen betrafen bei den meisten Fällen die Höhe der Versicherungsleistungen und den Versicherungsschutz, gefolgt von Fragen im Zusammenhang mit der Vertragskündigung. Verschiedene Beschwerden richteten sich gegen die ungewöhnlich lange Dauer der Schadenbearbeitung durch den Versicherer.

Wie in den Vorjahren konnte der Zweigstellenleiter den überwiegenden Anteil der an ihn gerichteten Anfragen direkt telefonisch erledigen. Anlässlich einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle können häufig einfache Erklärungen an die Ratsuchenden zur Beweislage, zur rechtlichen Situation und zu den Grenzen des Versicherungsschutzes genügen, damit diese eine Situation verstehen oder Unsicherheiten bezüglich des korrekten Verhaltens des Versicherers beseitigt werden können.

#### Der Zweigstellenleiter wiederholt seine Feststellung, dass Versicherte häufig wenig Kenntnisse über den Inhalt ihrer Versicherungsverträge haben

Wie in früheren Jahren wandten sich häufig Versicherte an die Zweigstelle, die wenig Kenntnisse über den Umfang und die Grenzen des Versicherungsschutzes ihrer Police haben. Sie betont daher die Wichtigkeit für die Versicherten, sich schon vor Vertragsabschluss mit dem Inhalt des Vertrags und somit mit dem Umfang des jeweiligen Versicherungsschutzes zu befassen, damit Überraschungen und Enttäuschungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls vermieden werden können.

## Empfehlung an die Versicherten vor Abschluss von Versicherungsverträgen

 Teilen Sie dem Versicherer mit, welche Bedürfnisse Sie in Bezug auf den Versicherungschutz haben, und stellen Sie ihm Ihre Fragen zu den Punkten, die Ihnen wichtig erscheinen, auch schriftlich oder per E-Mail.

2.Lesen und prüfen Sie den Inhalt der offerierten Police und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB und besprechen Sie danach die offenen Fragen, die sich Ihnen stellen, mit Ihrem Versicherungsberater.

#### Probleme im Zusammenhang mit gemischten Lebensversicherungen, mit denen Sparen und finanzielle Absicherung im Todesfall kombiniert wird

Verschiedene Versicherungsnehmer beschwerten sich bei der Zweigstelle über den ihrer Meinung nach zu tiefen Rückkaufswert ihrer Lebensversicherungspolice nach vorzeitiger Auflösung ihrer Police. Diese gingen davon aus, dass der Rückkaufswert mindestens so hoch sein müsse wie die einbezahlten Prämien. Der Zweigstellenleiter musste diesen Beschwerdeführenden jeweils darlegen, dass die Prämie nicht nur der Bildung von Sparkapital dient, sondern auch zu Finanzierung der Risikoprämien (Todesfallrisiko und allfälliges Erwerbsunfähigkeitsrisiko) sowie der Abschluss- und Verwaltungskosten. Da die Abschlusskosten bei vorzeitiger Auflösung der Police amortisiert werden, sind die mit einem Rückkauf verbundenen Verluste umso grösser, je kurzfristiger ein Rückkauf nach Vertragsabschluss erfolgt.

Versicherte, welche die vom Versicherer erhobenen Kosten als zu hoch erachten, musste er zuständigkeitshalber an die Aufsichtsbehörde, die FINMA, weiterverweisen, um die Höhe der Kosten auf allfällige Missbräuchlichkeit überprüfen zu lassen. Unsere Ombudsstelle hat keine aufsichtsrechtliche Funktion.

## Rechtsschutzbranche / Beizug eines externen Anwalts

Im Berichtsjahr wandten sich einzelne Versicherte an die Zweigstelle im Tessin, die ohne besondere Dringlichkeit und ohne vorherige Zustimmung einen externen Anwalt beigezogen hatten und danach mit einer Ablehnung der Deckung konfrontiert wurden.

Die Zweigstelle musste den Beschwerdeführenden nach Prüfung der Akten jeweils mitteilen, dass aufgrund der massgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB keine Möglichkeit für eine Intervention durch die Ombudsstelle besteht. Die AVB sahen vor, dass die Versicherungs-Gesellschaft über das konkrete Vorgehen entscheidet, und dass diese die Leistungen ablehnen oder kürzen kann, wenn ohne vorgängige Zustimmung des Rechtsschutz-Versicherers ein Anwalt beigezogen wird.

## Rechtsschutz-Branche / Zeitliche Versicherungsdeckung

Vereinzelte Anfragen betrafen die zeitliche Versicherungsdeckung von Rechtschutz-Fällen. Einer dieser Fälle betraf einen Versicherten, der nach Beendigung der Arbeiten eines Handwerkers an seiner Liegenschaft eine Rechtsschutz-Police abschloss. Nach Inkrafttreten des Versicherungs-Vertrags entstand eine Streitigkeit mit dem Handwerker, worauf der Versicherte seinen Rechtsschutz-Versicherer um rechtliche Unterstützung ersuchte. Dieser lehnte die Versicherungsdeckung jedoch aus zeitlichen Gründen ab. Dies weil die Ursache der Rechtsstreitigkeit (die geltend gemachte Vertragsverletzung durch den Handwerker) vor Abschluss des Versicherungsvertrags stattfand.

Obschon der Versicherte festhielt, er habe erst nach Abschluss der Rechtsschutz-Police Kenntnis von der Vertragsverletzung erhalten, weshalb auch der Rechtsstreit erst danach entstanden sei, konnte die Zweigstellte die Position des Versicherers aufgrund des klaren Wortlauts der vertraglichen Vereinbarungen in rechtlicher Hinsicht nicht beanstanden.

#### Kranken- und Unfallversicherung

Einige Anfragen an die Zweigstelle betrafen Pro-

bleme mit Krankentaggeld-Versicherern (24) und UVG-Versicherern (56). Diesen lagen oft Meinungsverschiedenheiten über das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit oder des Grads derselben zugrunde. Im UVG-Bereich war zudem häufig die Kausalität zwischen einem Unfallereignis und den danach geltend gemachten Gesundheitsproblemen strittig.

## Krankentaggeld-Versicherung / Übergangsfrist bei krankheitsbedingtem Berufswechsel

Ab und zu hat sich die Zweigstelle mit Fällen zu befassen, in denen die Frage zur Diskussion steht, ob der Krankentaggeld-Versicherer seine Taggelder nicht auf einen allzu frühen Zeitpunkt eingestellt hat.

Ein Fall betraf einen Versicherten, der im April 2021 aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig wurde und nach Ablauf der Wartefrist Krankentaggelder bezog. Mit Schreiben vom 15.10.2021 teilte die Versicherung dem Versicherten gestützt auf ein eingeholtes ärztliches Gutachten mit, dass er ihn per 1.11.2021 als zu 100% arbeitsfähig betrachte und deshalb per Ende Oktober 2021 seine Taggelder einstelle.

Damit war der betroffene Versicherte nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Diese wurde beim Versicherer vorstellig und teilte ihm mit, dass sie die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der vom Beschwerdeführer beigebrachten Arztberichte auch nach dem 1.11.2021 als ausgewiesen betrachte, und dass der Bericht, auf den sich der Versicherer stützt, insofern unvollständig sei, als dieser weder eine Anamnese noch eine Diagnose enthalte. Unabhängig davon sei dem Beschwerdeführer gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei einem erforderlichen Berufswechsel eine Übergangsfrist von 3 – 5 Monaten zu gewähren.

Der Versicherer hielt nach Wiedererwägung seiner Position zwar an der Auffassung fest, dass ab November 2021 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe, erklärte sich jedoch bereit, dem Beschwerdeführer die geforderte Übergangsfrist zur Anpassung an eine andere Berufstätigkeit zu gewähren und noch bis Ende Januar 2022 Taggelder zu erbringen.

#### Die Zweigstelle der französischen Schweiz

#### **Fallentwicklung**

Im Berichtsjahr 2021 gingen in der Zweigstelle in der Westschweiz 531 Anfragen und Beschwerden ein. Im Vorjahresvergleich stellt dies eine gewisse Stabilität in der Fallzahlenentwicklung dar. Im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 macht sich indessen eine Zunahme der Fallzahlen (um etwa 100) bemerkbar.

366 Anfragen wurden telefonisch und 165 Fälle schriftlich abgewickelt. Der Grund für die deutliche Zunahme telefonisch eingegangener Anfragen (+ 56%) liegt darin, dass die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit der Zweigstelle ausgedehnt wurden.

Der Rückgang der schriftlichen Anfragen (-43%) ist vermutlich auf denselben Umstand zurückzuführen. So konnte mindestens teilweise bereits anlässlich der ersten telefonischen Kontaktaufnahme der Beschwerdeführenden verhindert werden, dass Fälle schriftlich eingereicht wurden, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle fielen oder bei denen die vorgebrachten Beanstandungen von vornherein keinen Vermittlungsspielraum zuliessen.

Die Anzahl von Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs hat deutlich abgenommen (-50%); sie betrug 71. Der Hauptanteil dieser Anfragen (42) betraf die Krankenversicherung. Den Ratsuchenden fällt es nicht immer einfach nachzuvollziehen, dass die Ombudsstelle Krankenversicherung für Belange der Grund- und Zusatzversicherung zuständig ist, auch wenn die Zusatzversicherung unter das VVG fällt.

Mit 14 Fällen nahm die Anzahl Interventionen stark ab. Die Interventionsquote ist mit 13 positiven Ergebnissen und einem neutral erfassten Fall nach wie vor hervorragend. Mit anderen Worten: Die Erfolgsquote der abgeschlossenen Interventionsfälle aus der Westschweiz stieg auf 93%, was einen Rekord darstellt. Der Zweigstellenleiter, Me Dousse, sieht sich in seinem

Grundsatz «Qualität vor Quantität» bestärkt. Wie in den Vorjahren bestand auch im Berichtsjahr vor allem im Bereich der Privatversicherung (11 Interventionen) Handlungsbedarf.

## Auswirkungen der COVID-19-Gesundheitskrise auf die Fallzahlen in der Westschweiz

Die Gesundheitskrise konnte im Jahr 2021 nicht bewältigt werden. Dennoch ging die Anzahl Anfragen im Zusammenhang mit ihr zurück. In der Westschweiz gingen lediglich 7 Fälle dazu ein, aufgeteilt auf die beiden Bereiche Epidemie- und Reiseversicherung. Der generelle Anstieg der Fallzahlen, den die Zweigstelle in der Westschweiz zu verzeichnen hatte, steht nach Einschätzung des Zweigstellenleiters nicht mehr im Zusammenhang mit der COVID-19-Gesundheitskrise. Die 100 zusätzlichen Fälle pro Jahr, welche sich im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 abzeichnen, dürften daher massgeblich auf die deutliche Ausweitung der telefonischen Erreichbarkeit der Zweigstelle zurückzuführen sein, sowie mutmasslich auch auf eine davon unabhängige temporäre Schwankung der Fallzahlen.

#### Bereich Privatversicherungen

Im Privatversicherungsbereich nahm im Berichtsjahr wiederum die Krankentaggeldversicherung den Spitzenplatz ein: 110 von insgesamt 357 Fällen. Mit 60% betraf der grösste Teil davon Probleme betreffend die Leistungsdauer, welche aus Sicht der Versicherten nicht ausreichend war. In 19 Fällen wurde der Deckungsumfang beanstandet. 24 der insgesamt 110 Anfragen warfen Fragen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, -anpassung und -ende auf, was kaum mehr als 20% entspricht.

## Branche Reiseversicherung / Ein Spezialfall im Zusammenhang mit der Gesundheitskrise

Ein Interventionsfall, mit dem sich Zweigstelle in der Westschweiz zu befassen hatte, betraf einen Reiseversicherer, der seine Versicherungsleistungen mehrfach und aus verschiedenen Gründen ablehnte, die in zeitlicher Hinsicht nacheinander vorgebracht wurden.

Konkret ging es um einen Verein mit Sitz in Frankreich im grenznahen Gebiet zur Schweiz. Dieser hatte ein Chalet im Wallis gemietet, um im März 2021 ein Skilager durchzuführen.

Als sich in der Folge die französischen Behörden einschalteten und verlangten, dass aufgrund der pandemiebedingten Gesundheitskrise bis auf Weiteres auf entsprechende Aktivitäten zu verzichten sei, annullierte der Versicherte die Buchung und meldete den Schaden seiner Reiseversicherung.

In einer ersten mündlichen Stellungnahme teilte ihm der Versicherer mit, dass sich die Versicherungsbedingungen hinsichtlich des Epidemie-/Pandemie-Risikos geändert hätten. Der Versicherte konnte indessen selbst nachweisen, dass der Vertrag im August 2020 abgeschlossen wurde, womit der Einwand des Versicherers hinfällig war. Daraufhin monierte der Reiseversicherer, dass der Versicherungsvertrag nicht rechtsgültig abgeschlossen worden sei. Dies weil zwischen der Buchung des Chalets und dem Abschluss der Versicherung mehr Zeit als die in den AVB vorgesehenen 8 Tage seit der endgültigen Buchung verstrichen sei. Allerdings unterlief der Versicherungs-Gesellschaft dabei ein Fehler, weil sie die Frist ab dem Zeitpunkt der Buchungsanfrage anstatt ab dem Zeitpunkt der Annahme durch den Ferienhaus-Vermieter berechnete. Obschon der Versicherte auf diesen Fehler hinwies, hielt der Versicherer an seiner Position fest.

Der Versicherte wandte sich deshalb an die Ombudsstelle, welche beim Reiseversicherer intervenierte und diesem gegenüber anhand von Dokumenten darlegte, dass der Vermieter des Chalets dem Beschwerdeführer bereits vor Vertragsabschluss deutlich machte, dass dieser erst nach Erhalt des gegenseitig unterzeichneten Vertrags von einer definitiven Reservation ausgehen könne.

Daraufhin machte die Versicherung einen Rückzieher und gab in ihrer Stellungnahme an die Ombudsstelle zu, dass der Vertrag gültig abgeschlossen worden war. Sie wies hingegen darauf hin, dass die allgemeinen Bedingungen des Mietvertrags für das Chalet im Falle einer Annullierung aufgrund behördlicher Vorschriften im Zusammenhang mit COVID-19 eine kostenfreie Neuvermietung innerhalb des folgenden Jahres vorsehen. Weil der Versicherte sich nicht für diese Lösung entschieden hatte, vertrat die Gesellschaft neu den Standpunkt, dass dieser gegen seine Schadenminderungspflicht verstossen habe, und lehnte die Versicherungsleistungen weiterhin ab.

Diese Begründung vermochte die Ombudsstelle nicht zu überzeugen. Sie intervenierte daher ein zweites Mal beim Versicherer und teilte diesem ihre Auffassung mit, dass dieser zu viel vom Versicherten verlange. Zum einen, weil es sich um ein Skilager mit einer Teilnehmerzahl von mindestens 70 Personen handelte und nicht um eine Skiwoche für eine vierköpfige Familie. Ein Lagerleiter könne ein Skilager mit 70 minderjährigen Personen nicht so einfach umbuchen wie eine Familie. Zum anderen, weil der Zweck des Lagers Skifahren und nicht Wandern war. Denn die vom Vermieter vorgeschlagenen Verschiebungs-Termine lagen im Frühling, Sommer und Herbst 2021, was die Durchführungsmöglichkeit eines Skilagers erheblich erschwerte. Schliesslich gab die Ombudsstelle auch zu bedenken, dass es im Zeitpunkt der Annullation im November 2020 zu streng gewesen wäre, vom Mieter zu verlangen, während einer Pandemie, deren weiterer Verlauf damals nicht absehbar war, eine Woche für ein Lager im Winter 2022 zu buchen.

In der Folge kam der Versicherer aufgrund der Intervention der Ombudsstelle entgegen und sicherte die Übernahme der Annullationskosten im Sinne einer Kulanzzahlung zu und verzichtete auf eine abschliessende Stellungnahme zur Zumutbarkeit der verlangten Schadenminderungsmassnahmen.

#### Lebensversicherungs-Bereich

Die Anzahl Anfragen im Lebensversicherungs-Bereich blieb mit 41 Fällen im Jahr 2021 konstant. Die festgestellten Problemfelder bezogen sich jedoch eher auf das Vertragsende oder die Leistungen als auf den Vertragsabschluss. Häufig zeigten sich die Versicherten am Ende enttäuscht, weil das, was beim Vertragsabschluss prognostiziert (aber nicht garantiert) wurde, nicht eintrat. Die Zweigstelle stellte dabei auch fest, dass sich die Versicherten beim Abschluss solcher Verträge kaum nach den Kosten erkundigten, und sich in der Folge über die Höhe der Kosten wunderten. Die Rechtsprechung des Bundesgerichts ist in dieser Hinsicht sehr streng. Wenn Versicherte sich nicht um die von der Gesellschaft erhobenen Kosten kümmern, so verzichten sie gem. Bundesgericht darauf, dass diese Kosten einen wesentlichen Vertragsbestandteil bilden können (BGer vom 03.10.2008, 4A\_316/2008, insbesondere Erwägung 3.2). Auch bei gemischten fondsgebundenen Lebensversicherungen wurde ein Betrag von weniger als 70%, welcher als Vorsorge investiert wurde, von den Bundesrichtern nicht als inkorrekt erachtet.

#### **Empfehlung an die Versicherten**

Fragen Sie den Lebensversicherer, wie gross der Sparanteil der zu zahlenden Prämien ist, und wie hoch die Prämienanteile für die einzelnen zu versichernden Risiken (Tod, Invalidität, Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit) und für die weiteren Kosten (Abschluss- und Verwaltungskosten) sind.

Scheuen Sie sich nicht, bei Fondspolicen auch zu fragen, wie hoch die Mindestrendite der gewählten Fondsanlage sein muss, dass die Erlebensfall-Leistung bei Beendigung der vereinbarten Vertragsdauer mindestens so gross ist wie die einbezahlten Gesamtprämien.

#### Rechtsschutz-Branche

Mit 47 von 357 Fällen im Privatversicherungsbereich nahmen Rechtsschutzversicherte auch im Berichtsjahr

regelmässig die Dienste der Zweigstelle in Anspruch. Dass 3 Anfragen Anlass zu Interventionen gaben, die allesamt mit einem positiven Ergebnis abgeschlossen werden konnten, ist angesichts des eingeschränkten Handlungsspielraums der Ombudsstelle im Rechtschutz-Bereich beachtlich. So darf die Ombudsstelle eine geltend gemachte Aussichtslosigkeit nicht überprüfen. Hierzu kann der Versicherte von Gesetzes wegen ein Schiedsverfahren einleiten. 38 Fälle betrafen entweder die Ablehnung der Deckung (28) oder Leistungen, die aus Sicht der Versicherten unzureichend waren (10). Der Zweigstellenleiter warnt, dass sowohl Versicherte wie auch Versicherer sich vor Markt-Akteuren achten müssen, die vordergründig vergleichbare Produkte anbieten, die aber in Wahrheit nicht übereinstimmend sind. Als Anschauungsbeispiel hierfür dient der nächste Fall.

#### Das Aufkommen neuer Markt-Akteure

Die Zweigstelle erfuhr von mindestens zwei Fällen, die ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle lagen. Dies weil es sich beim Akteur, gegen die sich die Beschwerde richtete, weder um eine unserer Stiftung angeschlossene Versicherung noch überhaupt um eine Versicherungsgesellschaft handelte. So schlossen einige Versicherte Produkte mit Allgemeinen Abonnementbedingungen ab, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von Rechtsschutzversicherungen zum Verwechseln ähnlich sahen. Unter dem Deckmantel eines Rechtsschutzabonnements bot zum Beispiel ein Genfer Unternehmen seinen Kunden Abonnemente wie «Basic», «Familie», «Premium» oder «Platin» an. Abonnenten – und nicht Versicherungsnehmende – können je nach gewählter Variante sich selbst oder ihre Familie schützen. Der Leistungsumfang ist ähnlich wie bei Rechtsschutzversicherungen ausgestaltet. Sie umfassen «mündliche und schriftliche Rechtsberatungen, das unbegrenzte Verfassen juristischer Schreiben, Unterstützung in Verwaltungsverfahren, Vertretung vor Gericht.» Bei einer vollen Leistung übernimmt die Gesellschaft Kosten für ihre Honorare und Gebühren, die Verwaltungskosten im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit, sowie Kostenvorschüsse zur Bezahlung von Anwaltshonoraren oder zur Bezahlung von Gerichten. Wobei wir hier auf den springenden Punkt kommen: Es handelt sich dabei bloss um «Vorschüsse». Das Unternehmen spricht von einem unverzinsten Darlehen, das im Idealfall mit den Gerichtskosten, welche den Klienten am Ende des Verfahrens im Falle eines Obsiegens (zusätzlich zu den vom Gericht zugesprochenen Ansprüchen) zustehen, zurückbezahlt wird. Auch die Rechtsgebiete – die je nach Variante unterschiedlich weit gefasst sind - erinnern an die versicherten Risiken bei Rechtsschutzversicherungen. Bei Meinungsverschiedenheiten sind sogar Verfahren vorgesehen. So darf die Gesellschaft die vollständige Übernahme eines Falles ablehnen, wenn sie keine hohen Erfolgsaussichten erkennt; muss sie aber mindestens 50% übernehmen. In diesem Fall entfällt der Anspruch auf eine freie Anwaltswahl.

#### **Empfehlung an die Versicherten**

Der Zweigstellenleiter rät den Versicherten zu grösster Vorsicht beim Abschluss solcher Verträge. Er gibt zu bedenken, dass Gesellschaften mit beschränkter Haftung, welche im Gegensatz zu Versicherungsgesellschaften nicht der Pflicht unterliegen, Rückstellungen zu bilden, allenfalls schnell bankrott sein könnten. Dies würde für die Abonnenten mit einem Verlust ihres Abonnement-Betrags einhergehen. Ein Risiko besteht selbst ohne Konkurs. Denn die vertragliche Formulierung lässt offen, ob man den Fall gewinnen muss, damit das «Darlehen» als getilgt gilt, und ob die Rückerstattung im Falle eines Obsiegens einzig aus den vom Gericht zugesprochenen Kosten erfolgt oder auch aus den Ansprüchen, welche den Klienten vor Gericht zugesprochen werden. Kurzum: Grösste Vorsicht ist bei dieser Art von Abonnementverträgen geboten. Sie erwecken den Anschein eines Rechtsschutzvertrages, was sie aber nicht sind.

#### **UVG-Bereich**

Die Zweigstelle stellt im UVG-Bereich im Vorjahresvergleich einen Zuwachs der Fallzahlen von 73 auf 95 fest. Unverändert blieb hingegen die Interventionsquote. Drei Beschwerden gaben Anlass zu einer Intervention, welche alle mit einem positiven Ergebnis abgeschlossen werden konnten. Wie bereits im Jahresbericht 2020 dargelegt, fällt es Unfallversicherten schwer, zu verstehen, dass alles, was nicht Unfall im Rechtssinne ist, unter Krankheit subsumiert wird, ohne dass jedoch dem Begriff «Krankheit» eine klare Definition zugrunde liegt. Das Unverständnis wird oft von Versicherten geäussert, die einen Unfall erlitten, der von ihrer Unfallversicherung zunächst anerkannt wurde und bei dem zu einem späteren Zeitpunkt die Krankenversicherung leistungspflichtig wurde, weil das Unfallereignis den langen Heilungsprozess nicht zu begründen vermochte.

Im Vorjahresvergleich fällt dem Zweigstellenleiter auf, dass die Anzahl Fälle, bei denen aufgrund einer Verfügung die Zuständigkeit der Ombudsstelle verneint werden musste, in der Westschweiz im Gegensatz zu den weiteren Sprachregionen zurückgegangen ist. Dies ist zwar ermutigend. Dennoch sollte an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass die Ombudsstelle nach Erlass einer Verfügung die ihr unterbreitete Angelegenheit nicht mehr bearbeiten darf. Im Berichtsjahr wurden 13 von 95 Fällen (knapp 14%) in diesem Sinne «zu spät» der Ombudsstelle eingereicht, weshalb sie sich inhaltlich nicht damit auseinandersetzen durfte. Das im Jahresbericht 2020 erwähnte Unterscheidungsproblem zwischen formlosen Entscheid und Verfügung hat sich verbessert, auch wenn es im Berichtsjahr nach wie vor einige Fälle gab, bei denen der UVG-Versicherer eine Verfügung erlassen hatte, obschon die versicherte Person diesen auf Anraten der Ombudsstelle darum gebeten hatte, dies nicht zu tun. Dabei handelte es sich jedoch um Einzelfälle, weshalb die Zweigstelle hofft, dass dies im Jahr 2022 nicht mehr vorkommen wird.

#### Weitere Aktivitäten

Im Januar 2021 wurde der Ombudsman von der WAK-N (Kommission für Wirtschaften und Abgaben des Nationalrats) zu einer Anhörung zur laufenden Revision des VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) eingeladen. Dabei hatte er Gelegenheit, die Position der Stiftung «Ombudsman der Privatversicherung und der Suva» zum Gesetzesprojekt darzulegen und insbesondere aufzuzeigen, weshalb unsere Stiftung die vom Bundesrat vorgeschlagene Regulierung des Ombudswesens im Privatversicherungsbereich ablehnt.

Besonders wichtig und wertvoll erachtet der Ombudsman auch seine direkten persönlichen Kontakte mit Geschäftsleitungen und Ansprechpersonen bei den unserer Stiftung angeschlossenen Versicherungs-Gesellschaften. Wie bereits im Corona-Jahr 2020 musste er diese pandemiebedingt erneut stark reduzieren.

Dementsprechend fanden diese Kontakte vor allem in der kälteren Jahreshälfte nicht persönlich, sondern im Rahmen von Video-Konferenzen statt, um grundsätzliche Fragen zu besprechen, welche nicht das Tagesgeschäft betreffen.

Auch die internationalen Kontakte unserer Stiftung, so insbesondere mit «FIN-NET», dem «International Network of Financial Services Ombudsman Schemes» und dem deutschen Versicherungsombudsmann fanden ausschliesslich im Rahmen von Telefonaten und Video-Konferenzen statt.

Die verschiedenen Medienkontakte des Ombudsman und der Zweigstellen-Leiter in den verschiedenen Sprachregionen konnten im gewohnten Rahmen gepflegt werden.

## Erneuerungen im Stiftungsrat

Im Berichtsjahr trat Frau Petra Huwiler nach mehrjähriger Amtszeit per Ende Mai 2021 aus dem Stiftungsrat zurück. Es gebührt ihr unser aufrichtiger Dank für ihre wertvolle Mitarbeit im Stiftungsrat und ihre aktive Unterstützung der Belange der Ombudsstelle. Für ihre Zukunft begleiten sie unsere besten Wünsche.

Als Nachfolgerin von Frau Petra Huwiler wählte der Stiftungsrat am 9. Dezember 2021 Frau Barbara Ingold Boner neu und per sofort in den Stiftungsrat.

# Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

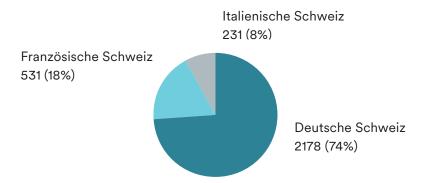
Der Ombudsman

Matthias Michel

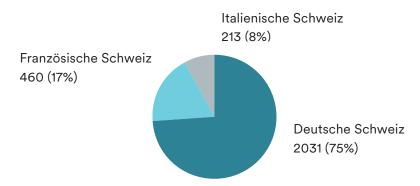
Martin Lorenzon

## Statistiken nach Regionen 2021

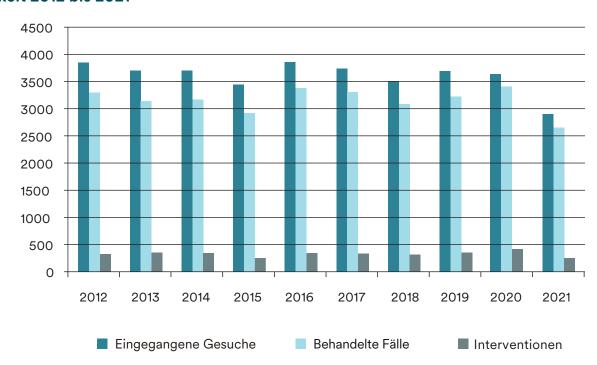
#### **Eingegangene Gesuche**



#### Behandelte Fälle



#### **Tätigkeit 2012 bis 2021**



## Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A-Z

#### (Stand März 2022)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG

(jetzt Chubb Versicherungen (Schweiz) AG)

Agrisano Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)

AIG Europe

AIG Life

Alba (jetzt Helvetia)

Allianz Travel (vormals Allianz Global Assistance)

Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)

Allianz Suisse Leben Animalia (=Vaudoise)

Appenzeller Versicherungen

Aspecta (jetzt Youplus Assurance 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 Versicherungen (Schweiz) AG (ehemals ACE)

Cigna, ZN Zürich 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 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) GVB Privatversicherungen AG HanseMerkur International AG

HDI Global SE

Helsana Rechtsschutz Helsana Unfall AG

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 K-Tipp Rechtsschutz AG Liberty Specialty Markets Lloyd's, London, ZN Zürich

Mannheimer

Militärversicherung SuvaCare 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 Simpego Versicherungen AG

Skandia Vie SA (jetzt Youplus Assurance Schweiz AG)

smile.direct Versicherungen (vormals Coop)

Suva

SWICA (ausser Krankenkasse)

Swiss Life Sympany

TAS Versicherungen AG (ehemals TCS Versicherungen AG) TCS Versicherungen AG (jetzt TAS Versicherungen AG)

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 Assurance AG, Zenith Leben (jetzt Palladio)

Zürich Zürich Leben



Ombudsman der Privatversicherung und der Suva Postfach 1063 8024 Zürich

Tel: 044 211 30 90

Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva Case postale 2252 2001 Neuchâtel 1

Tel: 076 651 41 65

Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva Casella postale 1231 6901 Lugano

Tel: 091 967 17 83

www.versicherungsombudsman.ch

www.ombudsman-assurance.ch

www.ombudsman-assicurazione.ch

www.insuranceombudsman.ch