ombuds/man
der Privatversicherung
und der Suva

Jahresbericht 2022 – 50. Ausgabe

22/50

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 31.12.2022)

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

Am 2. Juni 2022 konnte unsere gemeinnützige und nicht gewinnorientierte Stiftung ein doppeltes Jubiläum feiern. Einerseits ihr 50-jähriges Jubiläum als Ombudsstelle der Privatversicherer und andererseits ihr 20-jähriges Jubiläum als Ombudsstelle der Suva.

Die Gründung unserer Stiftung durch den Schweizerischen Versicherungsverband/SVV war eine nachhaltige Pioniertat für die Schweizer Wirtschaft. Bekannt waren nebst ausländischen staatlichen Ombudsstellen damals lediglich die Ombudsstelle der Stadt Zürich. Für die Wirtschaft war es ein Novum.

Nach 50 Jahren erfolgreicher Tätigkeit im Dienste der Versicherten und mehr als 110‘000 bearbeiteten Versicherungsfällen darf der Bedarf nach neutraler interessensungebundener Vermittlung durch die Ombudsstelle als kostenlose, effiziente und lösungsorientierte Alternative zu prozessualen Verfahren heute als ausgewiesen bezeichnet werden.

Im Berichtsjahr machte sich schrittweise eine postpandemische Normalität bemerkbar. Die an die Ombudsstelle gerichteten Anfragen waren im Vergleich zu den Corona-Jahren vielfältig und warfen verschiedene versicherungsrechtliche Fragen auf. Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre des Jahresberichts 2022. Den Versicherten und den Versicherungs-Gesellschaften danke ich für das in unsere Institution gesetzte Vertrauen, und den Mitarbeitenden der Ombudsstelle danke ich für ihr Engagement im Interesse der Parteien, Streitfälle gütlich zu lösen.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Zusammenfassung des Jahresberichts 2022

Im Berichtsjahr 2022 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 2704 auf 2711 leicht (0.25%) angestiegen. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 269 der 1030 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 26.1%). Die Erfolgsquote der Interventionen betrug rund 66%, was dem langjährigen Durchschnitt entspricht.

Nach heftigen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf einzelne Versicherungsbranchen in den Vorjahren zeichnete sich wieder eine Normalisierung bei den der Ombudsstelle unterbreiteten Versicherungsfällen ab. Anfragen und Beschwerden im Zusammenhang mit den Folgen der Pandemie gab es im Berichtsjahr nur noch 43. (Im ersten Pandemiejahr 2020 waren es noch 587 Fälle). Mit dem beginnenden Übergang in die postpandemische Phase wurde insbesondere auch der branchenbezogene Fächer der Anfragen an die Ombudsstelle wieder breiter.

Der Hauptschwerpunkt unserer Tätigkeit lag weiterhin bei den Personenversicherungen mit einem Anteil von 45.9%. Relativ stark zugenommen haben die Fallzahlen in der Gebäude-Versicherungsbranche von 54 auf 84 (55.5%), was teilweise direkt auf die Unwetter seit Sommer 2021 zurückgeführt werden konnte. Deutlich gesunken sind die Zahlen in der Krankentaggeldversicherung von 443 auf 388 (12.5%).

Ein markanter Anstieg der Fallzahlen konnte in der Rechtsschutz-Branche von 323 auf 387 (19.8%) verzeichnet werden. Bei diesen war häufig die zeitliche Versicherungsdeckung strittig. Hier hatten wir uns vermehrt mit Beschwerden im Zusammenhang mit dem Auskauf von Rechtsschutzleistungen durch den Versicherer zu befassen. Gestützt auf die Vertragsbedingungen dürfen Versicherer anstelle der Hauptleistung, für welche die Rechtsschutzversicherung abgeschlossen wurde, eine wirtschaftliche Fall-Erledigung vornehmen. Dies können sie tun, indem sie beispielsweise den strittigen Betrag direkt an die versicherte Person auszahlen.

Mit dem am 1.01.2022 in Kraft getretenen revidierten Versicherungsvertragsgesetz/VVG hatte sich die Ombudsstelle bisher insgesamt erst wenig zu befassen, so insbesondere im Zusammenhang mit dem Kündigungsrecht nach Art. 35a Abs. 1 VVG. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass entsprechende Fälle erst mit einer gewissen Verzögerung zu einer Beschwerde an die Ombudsstelle führen.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2022

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 17
- Hypothekar-Darlehensverträge 19
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung 20
Der Bereich berufliche Vorsorge 23

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 25
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 28

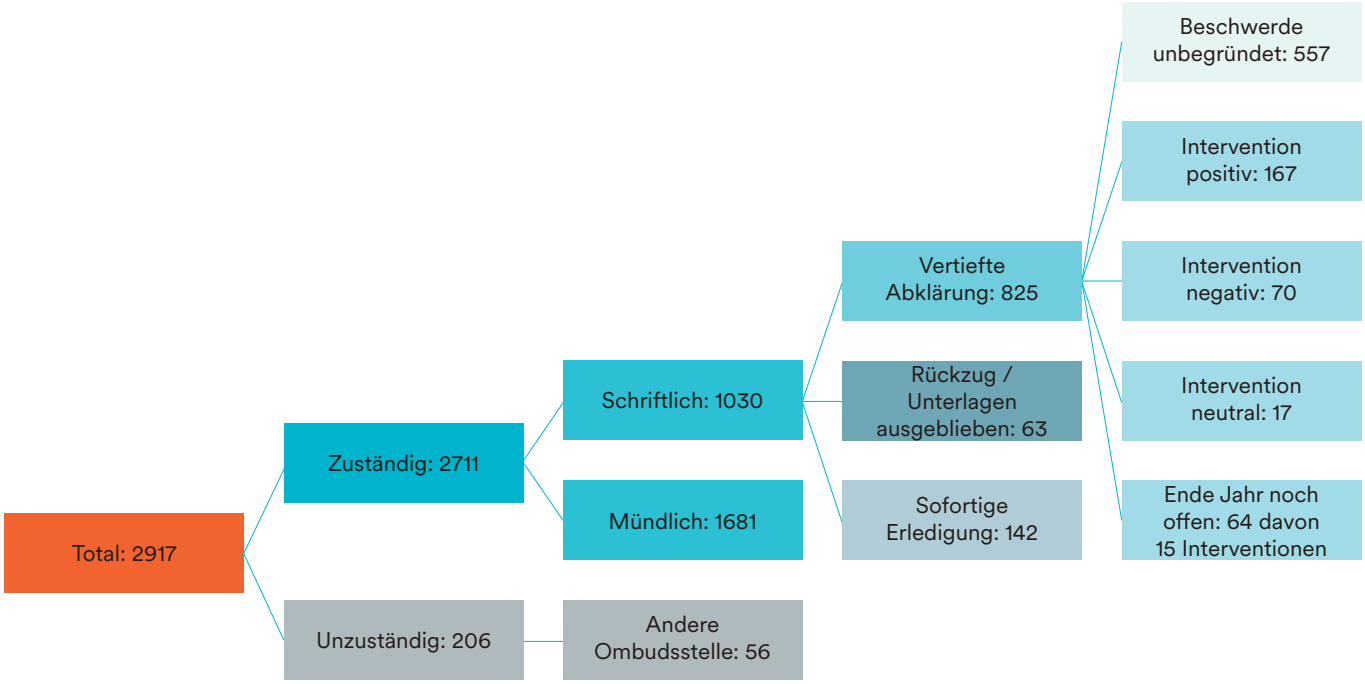
Weitere Aktivitäten 31

Statistiken 2022 33

Angeschlossene Gesellschaften 34

Übersicht über das Berichtsjahr 2022

Gesamtübersicht

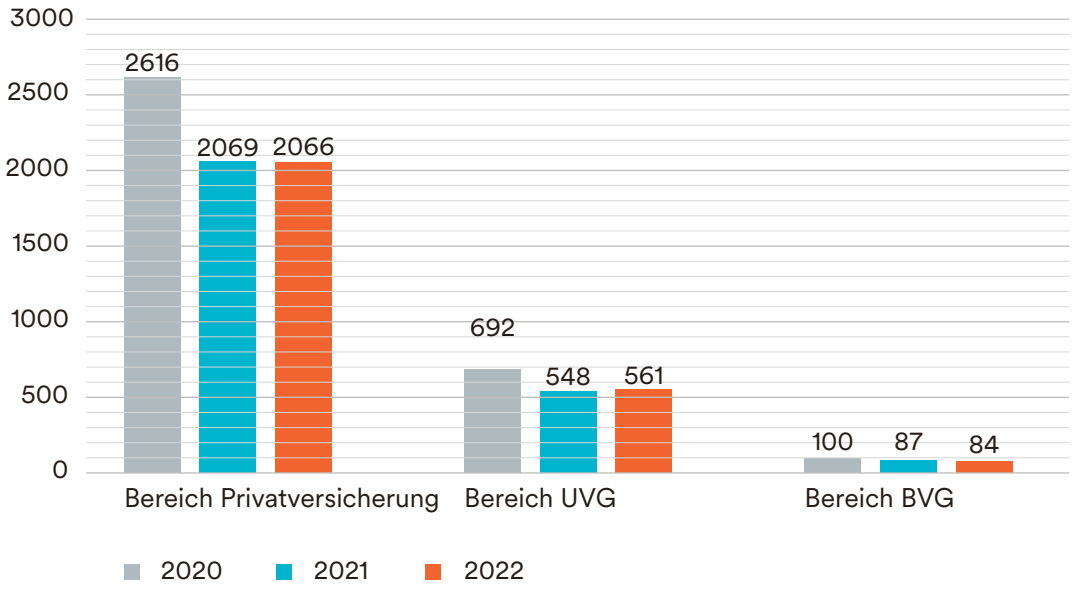


Im Berichtsjahr 2022 wurden der Ombudsstelle 2917 (Vorjahr 2940) Anliegen und Beschwerden unterbreitet. Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen von 2704 auf 2711 (0.25%) gestiegen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 236 auf 206 (12.7%) 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.

11 Anfragen betrafen die Tätigkeit von Versicherungsbrokern. 21 Beschwerden betrafen Versicherer, die unserer Stiftung nicht angeschlossen sind. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt ca. 99% des Kleinkundengeschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

Entwicklung der Fallzahlen

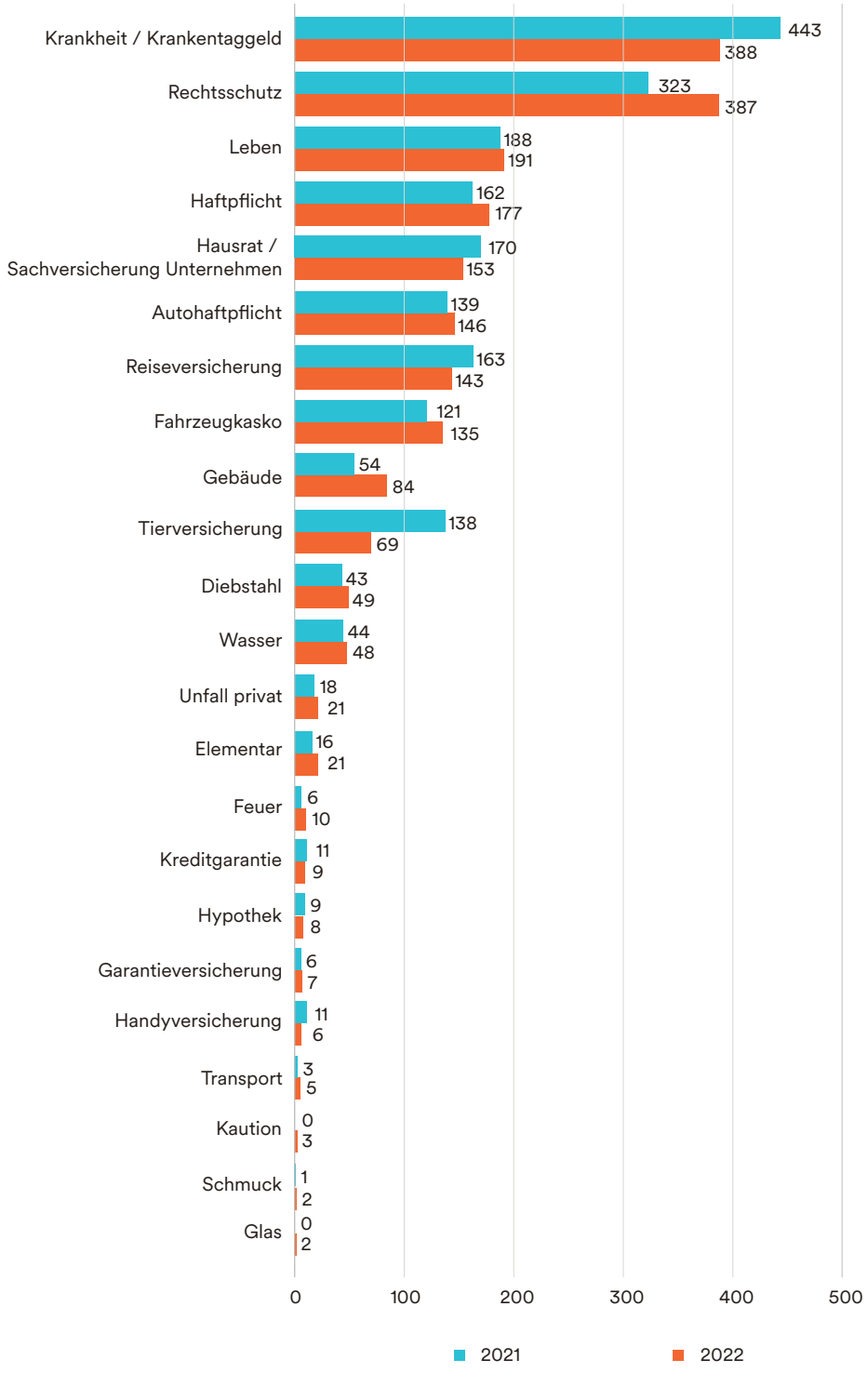


Der Anstieg der Fallzahlen der Ombudsstelle betraf nicht alle Versicherungsbereiche, mit denen sich die Ombudsstelle befasst. Im UVG-Bereich sind die Fallzahlen leicht gestiegen, und im VVG- und dem BVG-Bereich um ein paar wenige Fälle gesunken.

Bei den 2711 Fällen im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle handelte es sich bei 62% der Beschwerden um telefonische Anfragen. Im Berichtsjahr zeichnete sich im Vorjahresvergleich eine deutliche Verschiebung zugunsten schriftlich eingereichter Vermittlungsgesuche ab. Schriftlich eingereichte Fälle nahmen um 18.5% zu, während die weniger zeitintensiven mündlichen Anfragen um 8.5% gesunken sind.

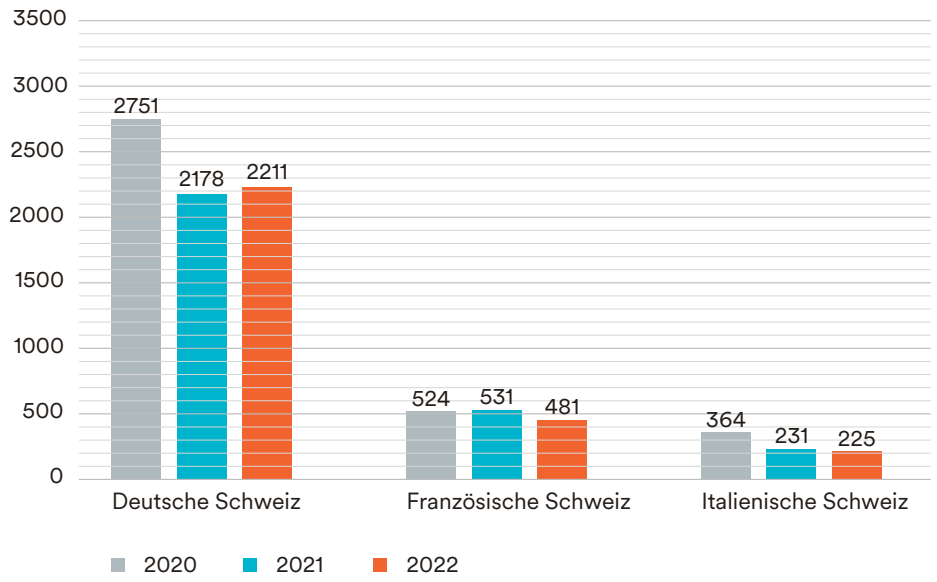
Anfragen und Beschwerden im Zusammenhang mit den Folgen der Covid-19-Pandemie gab es im Berichtsjahr nur noch 43 (98). Im ersten Pandemiejahr waren es noch 587 Fälle. Mit dem am 1.01.2022 in Kraft getretenen revidierten Versicherungsvertragsgesetz/VVG hatte sich die Ombudsstelle bisher insgesamt erst wenig zu befassen, so insbesondere im Zusammenhang mit dem Kündigungsrecht nach Art. 35a Abs. 1 VVG. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass entsprechende Fälle erst mit einer gewissen Verzögerung zu einer Beschwerde an die Ombudsstelle führen.

Anliegen und Beschwerden pro Branche / VVG-Bereich

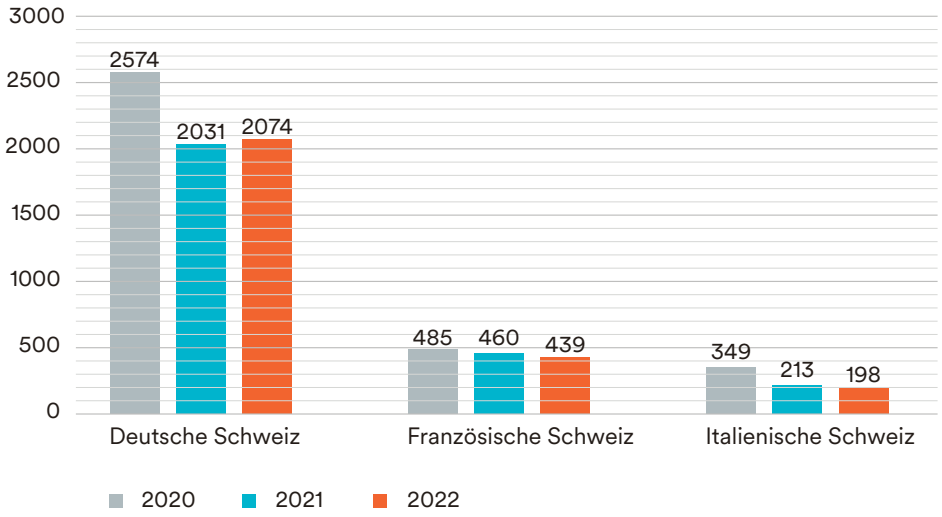


Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total



Gesuche im Zuständigkeitsbereich



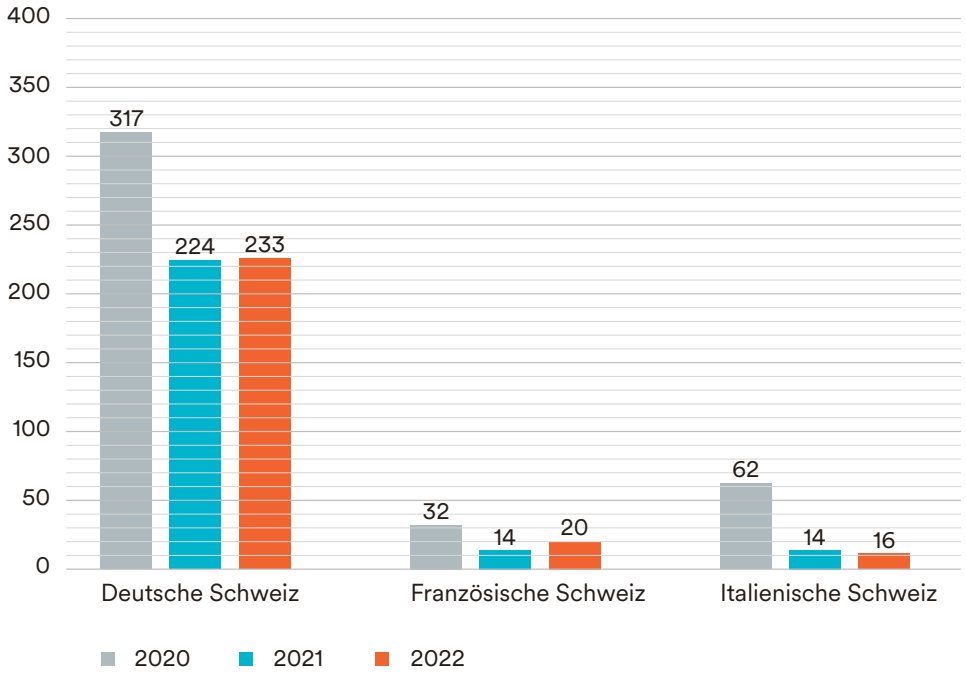
Die Zunahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 2704 auf 2711 (0.25%) ist einzig auf eine leichte Zunahme der Fallzahlen am Hauptsitz in Zürich um 2.1% zurückzuführen. In Neuchâtel sind die Fallzahlen um 4.6% gesunken. In Lugano betrug der Abnahme der Fallzahlen 7%.

Interventionsfälle

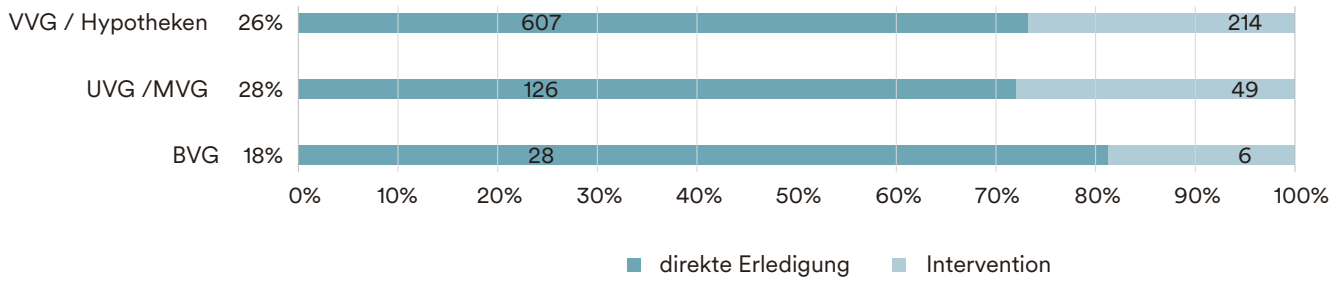
Das Total der Interventionsfälle ist bei gleichbleibender Interventionspolitik von 252 auf 269 gestiegen.

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

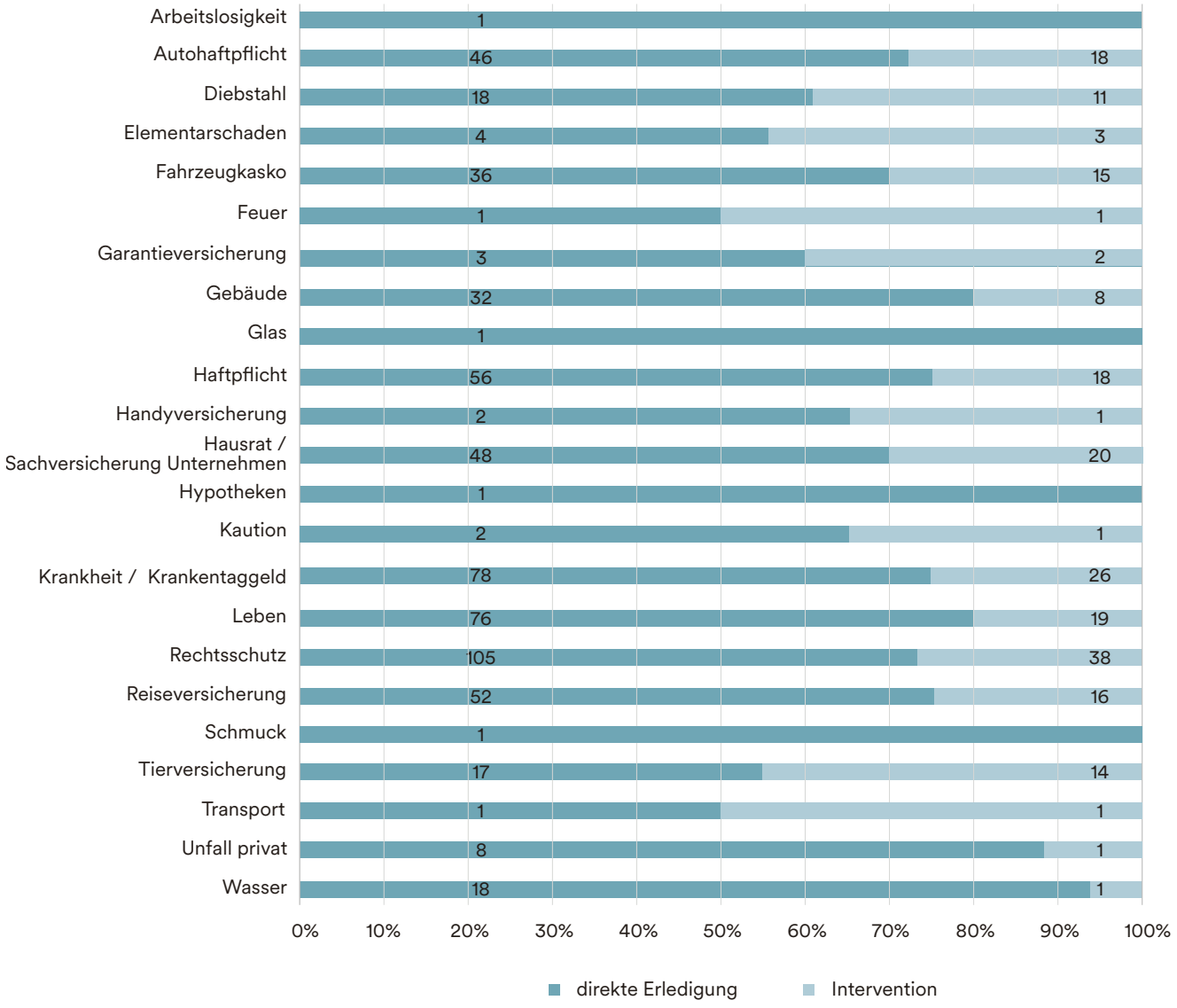
Interventionszahlen



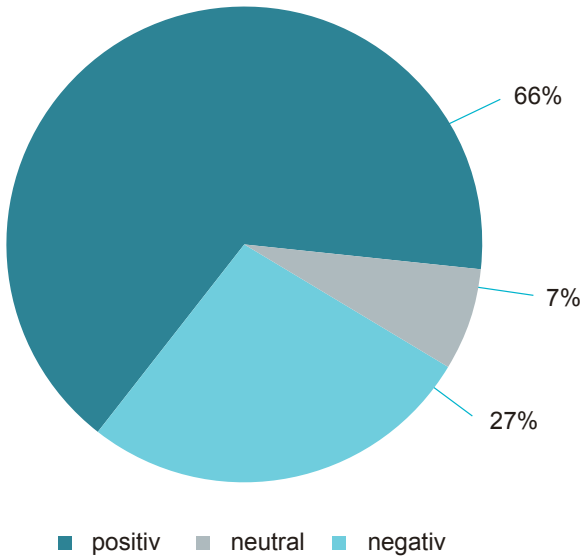
Interventionsquote (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)



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



Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche



Das Ergebnis der per Ende 2022 abgeschlossenen 254 (Vorjahr 234) Interventionen war in 167 (167) Fällen positiv und in 70 (60) Fällen negativ. In 17 (7) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. (Hinzu kommen 15 Interventionsfälle, die Ende 2022 noch nicht abgeschlossen werden konnten).

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit rund 66% (71%), was dem langjährigen Durchschnitt entspricht.

Als positiv wird eine Intervention jeweils dann erfasst, wenn mit der Kontaktaufnahme mit dem Versicherer (=Intervention) eine Verbesserung der bisherigen Situation der Beschwerde führenden Partei erreicht werden konnte.

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 bis anhin meistens gut bis sehr gut. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Ernsthaftigkeit und Seriosität, mit welcher die Interventionen geprüft wurden, als auch bezüglich der Qualität der Stellungnahmen, welche in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert und nachvollziehbar waren.

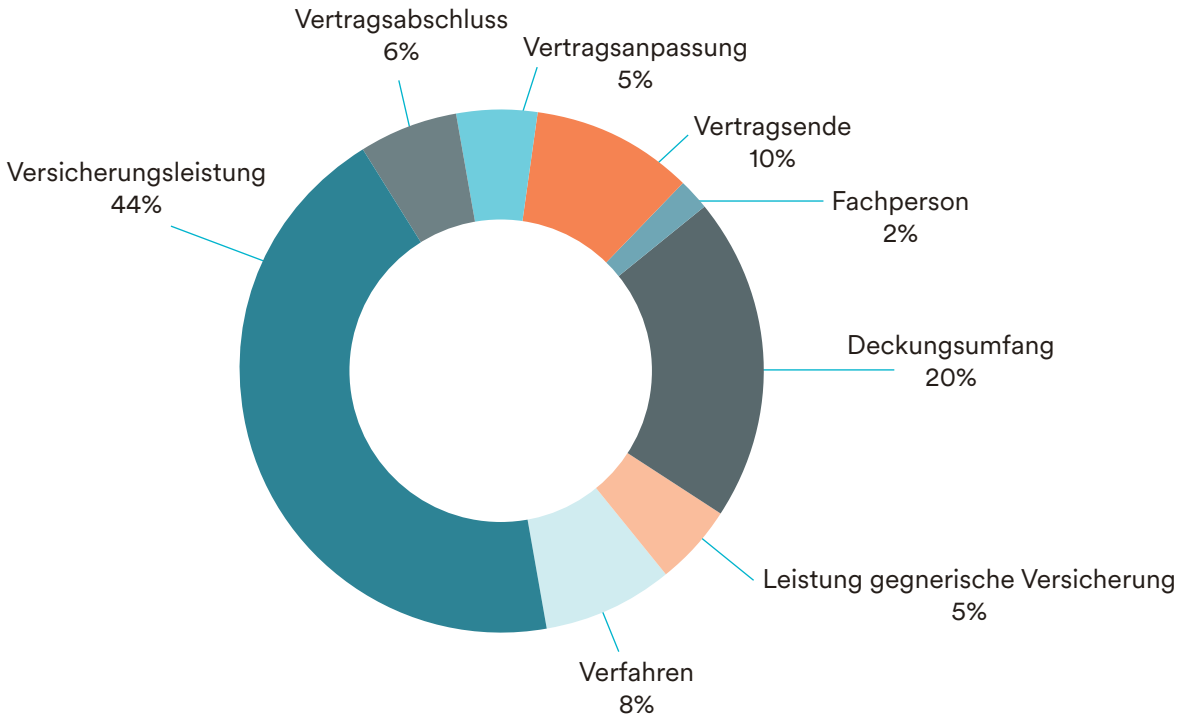
Dafür sei den direkten Kontaktpersonen des Ombudsman bei den Versicherungs-Gesellschaften – in aller Regel handelt es sich bei diesen um Direktions- oder Geschäftsleitungsmitglieder – unser Dank ausgesprochen. Diese direkten Ansprechpersonen gewährleisten letztlich, dass die Verhandlungen zwischen der Ombudsstelle und der betroffenen Versicherungs-Gesellschaft nicht mit dem/der bisherigen Dossier-Verantwortlichen geführt werden, und dass der Fall nochmals von einer erfahrenen Person mit dem nötigen internen Durchsetzungsvermögen und vor allem „mit neuen Augen“ geprüft wird.

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. Solche Situationen waren besonders dann unbefriedigend, wenn der Auslöser der Intervention eine allzu lange Bearbeitungszeit eines Schadenfalls war. Der Ombudsman erachtet ein speditives Beschwerdemanagement beim Versicherer besonders in solchen Fällen als zentral.

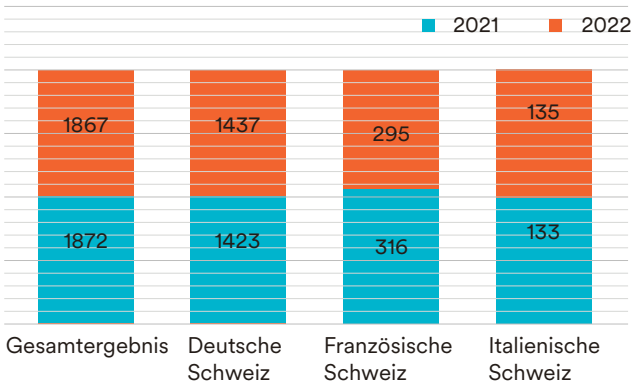
Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

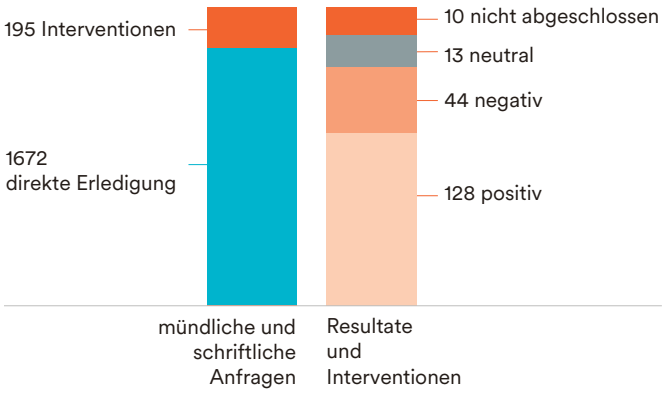


Die Mehrheit der Anfragen im Privatversicherungsbereich betrafen Probleme im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungsleistungen, gefolgt von Anfragen bezüglich Deckungsumfang, Vertragsbeendigung, Verfahrensbeschwerden von Versicherten, Vertragsabschluss und -anpassung. Wird die Beschwerde führende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

Nichtleben-Bereich



Im Nichtleben-Bereich sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich mit einem Rückgang von 1'872 auf 1'867 nahezu identisch geblieben.



Fahrzeug-Kasko – Die Versicherungsdeckung setzt voraus, dass ein Elementarereignis mit unberechenbarer Naturgewalt und mit unwiderstehlicher, plötzlicher Macht über Menschen und Sachen hereinbricht.

Einzelne Beschwerden zu Motorfahrzeug-Kaskoversicherungen betrafen die Voraussetzungen der Elementarschadendeckung in der Teilkaskoversicherung. Einer dieser Fälle betraf einen Versicherten, der am Abend des 17.08.2022 bei einsetzender Dämmerung mit seinem Auto im Kanton Bern unterwegs war. Es herrschte starker Niederschlag. Während er in einem kleineren Dorf mit einem Abstand von rund 50 m einem anderen Fahrzeug folgte, stieg das Wasser auf der Strasse rasch auf ca. 10 cm an. Mehrere Bäche mit Schlamm ergossen sich über die Strasse. Kurz darauf, bei einer leichten Steigung vor einem Bauernhof, kam von der rechten Seite plötzlich ein Wasserschwall mit Erde und Schlamm auf die Strasse. Dieser erwischte das Auto des Versicherten seitlich, worauf dieses stecken blieb. Das vorausfahrende Auto konnte gerade noch unbeschadet vor dem Wasserschwall durchfahren.

Wegen des am Fahrzeug angestauten Schlamms staute sich auch das Wasser und lief in den Motorraum. Der Versicherte versuchte, das Auto aus dem Schlamm zu befreien, was ihm erst nach mehreren Anläufen gelang, worauf er bis zum nächsten Dorf weiterfuhr und das Auto abstellte.

Den in der Folge festgestellten Totalschaden am Motor meldete er seinem Kasko-Versicherer. Dieser verneinte seine Leistungspflicht mit der Begründung, dass der Versicherte bewusst durch den Schlamm gefahren sei und den Schaden dadurch verursacht habe. Für eine Deckung gelte der Grundsatz, dass die Naturgewalt zum Fahrzeug gehen müsse und nicht umgekehrt.

Damit war der Versicherte nicht einverstanden und wandte sich an den Ombudsman. Dieser intervenierte beim Versicherer und wies darauf hin, dass zwar gegen 10 cm Wasser auf der Strasse lag und Wasser (Bäche) mit Schlamm versetzt von der Seite über die Strasse lief. Dies habe allerdings nicht zum Schaden am Motor geführt. Vielmehr konnte aufstauendes Wasser erst in den Motorraum laufen, nachdem das Fahrzeug vom mit Erde und Schlamm vermischten Wasserschwall seitlich erfasst wurde und steckenblieb. Dieser Zustand stelle nach Auffassung der Ombudsstelle einen unmittelbar durch Überschwemmung verursachten Schaden am Auto im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB dar.

Der Kasko-Versicherer räumte in seiner Stellungnahme ein, dass der durch den Wasserschwall mit Erde und Schlamm verursachte Schaden am Fahrzeug zwar durchaus als Elementarschaden-Ereignis im Sinne der AVB betrachtet werden kann. Entscheidend sei jedoch die Frage, wie der Schaden am Motor verursacht wurde. Wahrscheinlicher scheine ihm die Annahme, dass dieser erst durch das Fahren (und nicht bereits durch den Wasserschwall vor Ort) entstanden sei. Unabhängig davon sei das Vorgehen ihres Versicherten verständlich, die Örtlichkeit mit dem Auto so schnell wie möglich verlassen, um zum nahegelegenen Wohnort zu fahren. Aufgrund der besonderen Umstände kam der Versicherer deshalb entgegen und gewährte den beantragten Versicherungsschutz.

Elementarschadenversicherung – Abgrenzungsfragen zur Zuständigkeit des Gebäudeversicherers und des Hausratsversicherers für einen defekten Sonnenschirm

Elementarschäden führten vereinzelt auch zu Meinungsverschiedenheiten mit Hausratversicherern, so beispielsweise im Fall eines Eigenheimbesitzers, dessen Sonnenschirm beim Sitzplatz ausserhalb des Hauses während eines heftigen Sommergewitters durch Hagel beschädigt wurde. Der kantonale Gebäudeversicherer lehnte die Übernahme des Schadens mit der Begründung ab, es handle sich um Hausrat, weshalb keine

Deckung gegeben sei. Der Hausratversicherer lehnte daraufhin die Deckung des Schadens mit der gegenteiligen Begründung ebenfalls ab und machte geltend, dass es sich bei einem Sonnenschirm mit einbetonierter Halterung nicht um eine bewegliche Sache handle.

Der Ombudsman intervenierte beim Hausratversicherer und teilte diesem mit, dass er sich aufgrund der Fotodokumentation zum Fall frage, ob nicht nur die im Boden fest verankerte Halterung bzw. der Schirmständer eine (mangels Zusatzdeckung) nicht versicherte bauliche Anlage im Sinne der AVB darstelle. Dies zumal der Schirm mit wenigen Griffen entfernt werden kann und in der kalten Jahreszeit auch verstaut wird.

Der Versicherer bezeichnete die strittige Frage, ob der beschädigte Sonnenschirm selbst (im Gegensatz zur Halterung desselben) als versicherter Hausratgegenstand zu qualifizieren ist, insofern als diskutabel, als der Sonnenschirm ohne Sockel nicht verwendet werden kann und daher seiner Meinung nach auch vertreten werden kann, dass er – zusammen mit dem Sockel – als Ganzes zu betrachten ist und insgesamt als unbeweglich gelten muss.

Dessen ungeachtet anerkannte der Hausratversicherer, dass der Sonnenschirm von der Halterung getrennt werden und der beschädigte Teil isoliert betrachtet als beweglich qualifiziert werden kann. Er kam deshalb entgegen und erklärte sich bereit, unpräjudiziell Deckung für den beschädigten Sonnenschirm zu gewähren.

Sind diebstahlbedingt erforderliche Kosten für den Ersatz von Schlüsseln und Schlossänderungen auch bei Mietwohnungen Gegenstand der Hausratversicherung?

Bei Diebstahl-Ereignissen gehören häufig auch Schlüssel zum Deliktsgut. In einem uns unterbreiteten Fall vergass eine Versicherte in einer Nacht, ihre Wohnungstüre abzuschliessen. Am nächsten Morgen bekam sie in der Früh unerwünschten Besuch von einer Diebin, die sich in ihre Mietwohnung einschlich. Diese entwendete Bargeld und Schlüssel, die im Eingangsbereich deponiert waren. Dabei wurde die Täterin zwar von der Versicherten ertappt. Es gelang ihr jedoch, mit dem Deliktsgut zu flüchten. Ihr Mitbewohner, der aufgrund des entstandenen Lärms aufgewacht war, sah die Täterin vom Fenster aus noch wegrennen.

Die Verwaltung ihrer Mietwohnung liess in der Folge das Schloss der Haustüre, des Briefkastens und des Kellers austauschen und stellte der bestohlenen Mieterin die entsprechende Rechnung im Betrag von ca. CHF 1‘300.- zu.

Nach Anmeldung des Schadens lehnte der Hausratversicherer der Mieterin jegliche Versicherungsleistungen für die Schlüssel- und Schlossersatzkosten ab. Zur Begründung machte er zunächst geltend, dass die Wohnungsschlüssel nicht ihr gehören würden und der Diebstahl gegenüber der Liegenschaftsverwaltung begangen worden sei. Nachdem sich die Mieterin gegen diesen ablehnenden Leistungsentscheid beschwert hatte, teilte ihr der Versicherer ergänzend dazu mit, dass sie kein Verschulden gegenüber der Hausverwaltung treffe und man den Fall deshalb auch nicht über ihre Privathaftpflichtversicherung abwickeln könne.

Die Liegenschaftsverwaltung wollte die Schlossänderungskosten ebenfalls nicht übernehmen, da es sich nicht um einen Einbruchdiebstahl, sondern einen einfachen Diebstahl handelte.

Die Beschwerdeführerin wandte sich deshalb an die Ombudsstelle, welche beim Versicherer vorstellig wurde und geltend machte, dass nach den massgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB auch gemietete und anvertraute Sachen zum Hausrat gehören, und dass bei einem einfachen Diebstahl, der weder als Beraubung noch als Einbruchdiebstahl gilt, Schäden am Hausrat sowie Kosten, die direkt auf einen versicherten

Schaden zurückzuführen sind (z.B. Kosten für das notwendige Ersetzen oder Ändern von Schlössern etc.), bis zum Betrag von CHF 1‘000.- versichert sind. Gleichzeitig stellte die Ombudsstelle auch die Frage zur Diskussion, ob nicht auch ein haftpflichtrechtlich relevantes Verschulden bejaht werden muss.

Der Versicherer lenkte immerhin bezüglich der Deckung über die Hausratversicherung ein und erklärte sich bereit, die Schlossänderungskosten in der Höhe von max. CHF 1‘000.- abzüglich des Selbstbehalts von CHF 200.- zu übernehmen.

Motorfahrzeughaftpflicht – korrekte Angaben gegenüber dem Versicherer zum häufigsten Lenker sind empfehlenswert

Der Ombudsstelle hatte sich im Berichtsjahr ab und zu mit Fällen zu befassen, bei denen Antragssteller beim Abschluss einer Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung unkorrekte Angaben zum häufigsten Lenker des zu versichernden Motorfahrzeugs gemacht haben. Dies hängt nach den von der Ombudsstelle gemachten Erfahrungen nicht selten damit zusammen, dass beispielsweise Motorfahrzeugführer mit schlechtem bisherigen Schadenverlauf und Junglenker risikobedingt höhere Versicherungsprämien bezahlen müssen als erfahrene Fahrzeuglenker mit bisher gutem Schadenverlauf.

Unkorrekte Antworten auf Antragsfragen zu wesentlichen Gefahrstatsachen lohnen sich jedoch nicht. Dies gilt besonders dann, wenn von einer vorsätzlichen Anzeigepflicht-Verletzung nach Art. 6 VVG ausgegangen werden muss. Das mussten wir der Mutter eines Fahrzeuglenkers mitteilen, welche als Motorfahrzeug-Halterin eine Motorfahrzeugpolice abgeschlossen und sich selbst als häufigste Fahrzeuglenkerin angegeben hatte, obschon sie nicht einmal einen Führerausweis besitzt.

Der Versicherer stellte dies nach Anmeldung von 2 Schadenfällen fest, bei welchen das versicherte Auto einmal von ihrem Sohn und einmal von einer weiteren Person gelenkt worden war. Der Versicherer kündigte die Police umgehend nach Art. 6 Abs. 1 VVG wegen Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss und lehnte eine Schadenzahlung gestützt auf Art. 6 Abs. 3 VVG für beide Schadenereignisse ab. Gleichzeitig kündigte der Versicherer wegen vorsätzlicher Anzeigepflicht-Verletzung eine Einmeldung ins HIS, das Hinweis- und Informationssystem der Schweizer Versicherer, an.

Die gekündigte Versicherungsnehmerin beschwerte sich bei der Ombudsstelle und machte geltend, dass die Anzeigepflicht-Verletzung nicht absichtlich, sondern fahrlässig erfolgt sei. Im Weiteren habe der in den Vertragsabschluss involvierte Mitarbeiter des Versicherers gewusst, dass sie sich selbst als häufigste Lenkerin angegeben habe, um Prämien zu sparen.

Die Beschwerdeführerin konnte den ihr obliegenden Beweis dafür, dass der für den Vertragsabschluss zuständige Mitarbeitende des Versicherers Kenntnis der falsch deklarierten Gefahrtatsache hatte, nicht erbringen. Der Ombudsman sah daher keine Möglichkeit, gestützt auf Art. 8 VVG beim Versicherer zu intervenieren und geltend zu machen, dass sich der Versicherer nicht auf die Anzeigepflicht-Verletzung berufen könne, weil er Kenntnis von der falsch deklarierten Tatsache gehabt habe. Im Weiteren musste der Ombudsman der Beschwerdeführerin auch mitteilen, dass er die Position des Versicherers, die Anzeigepflicht-Verletzung sei vorsätzlich, d.h. mit Wissen und Willen erfolgt, nicht kritisieren. Es bestand daher auch keine erfolgversprechende Möglichkeit, gegen den angekündigten Eintrag ins HIS zu intervenieren.

Empfehlung an die Versicherten

Beantworten Sie die Antragsfragen beim Vertragsabschluss zu wesentlichen Gefahrstatsachen immer richtig und vollständig. Sparen Sie Versicherungs-Prämien, indem Sie die Versicherungsangebote der Motorfahrzeug-Versicherer miteinander vergleichen.

Autohaftpflicht – Umzug ins Ausland – Probleme bezüglich des Erhalts benötigter Schadenauflistungen für den Neuabschluss einer Police im Ausland

Ein Themenkreis, der die Ombudsstelle in jüngster Zeit verschiedentlich beschäftigte, betrifft Personen, die vorwiegend nach Deutschland oder Frankreich auswandern. Diese bekundeten Schwierigkeiten bei der Einholung einer Schadenauflistung vom schweizerischen Vorversicherer, welche sie für den Neuabschluss einer Fahrzeugversicherung am neuen Wohnort benötigen.

Einer der Betroffenen benötigte für eine neue Motorfahrzeugversicherung in Frankreich eine Schadenauflistung über die letzten drei Jahre, die sich auch zum Verschulden des Versicherten äussert. Der schweizerische Vorversicherer stellte ihm zwar eine Schaden-Auflistung zu. Aussagen zum Verschulden des Versicherten lehnte sie indessen mit der Begründung ab, dass sie über kein Bonus/Malus System verfüge.

Der Ombudsman wurde beim schweizerischen Vorversicherer vorstellig und teilte diesem mit, dass er zwar nachvollziehen kann, dass sich die verlangte Schadenauflistung mangels Bonusstufensystem nicht einfach erstellen lässt. Mit Blick auf das Einsichtsrecht des Beschwerdeführers in sämtliche Schadenakten schlug er aber vor, dem Beschwerdeführer eine Schadenübersicht über die benötigte Zeitspanne zuzustellen und im Sinne einer pragmatischen Lösung die betreffenden Schadenfälle hinsichtlich der Verschuldensfrage zu kommentieren.

Der Vorversicherer folgte dieser Empfehlung und stellte eine entsprechende Schadenübersicht aus, welche bei den Kollisionsschäden auch Informationen zum verantwortlichen Lenker enthielt.

Empfehlung an die Versicherer

Vor dem Hintergrund des bestehenden Akteneinsichtsrechts der Versicherten empfiehlt der Ombudsman den Versicherern, Auflistungen zum Schadenrendement bei entsprechender Anfrage auch kurzfristig auszustellen und jeweils aufzuführen, ob der Versicherungsnehmer, der eine neue Police abschliessen will, der verantwortliche Lenker war.

Branche Krankentaggeld

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen erneut gesunken (von 443 auf 388). Wie in den Vorjahren handelte es sich dabei überwiegend um Fälle, in denen die Arbeitsunfähigkeit und die Dauer der Versicherungsleistungen aufgrund von psychischen Krankheiten strittig war.

Krankentaggeld – Verspätete Anmeldung eines Krankheitsfalls – Haben Angestellte für entsprechende Obliegenheitsverletzungen des Arbeitgebers einzustehen?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zu Krankentaggeldversicherungen sehen regelmässig Fristen vor, in denen ein Krankheitsfall gemeldet werden muss (z.B. bis zum Ablauf der vereinbarten Wartefrist oder bis sieben Tage danach). Wird die jeweilige Frist nicht eingehalten, beginnt die Wartefrist erst ab dem Tag der effektiven Anmeldung des Krankheitsfalls.

In einem der uns unterbreiteten Fälle erkrankte ein Arbeitnehmer Anfang Januar 2022 an Covid-19 und bezog daher zunächst Lohnfortzahlungen seines Arbeitgebers. Nach Ablauf der arbeitsvertraglichen Sperrfrist kündigte ihm sein Arbeitgeber per Ende März 2022. Als der gekündigte Arbeitnehmer im April 2022 keine Krankentaggelder erhielt, wurde er Anfang Mai 2022 direkt beim Versicherer vorstellig. Dieser stellte sich gegenüber dem versicherten Arbeitnehmer auf den Standpunkt, dass die 90-tägige Wartefrist gemäss den anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen infolge verspäteter Anmeldung erst ab dem Tag der Einreichung zu laufen beginne. Ein Taggeldanspruch bestünde damit erst im August 2022.

Der gekündigte Arbeitnehmer wusste nicht mehr, wie er jetzt seine Rechnungen, insbesondere die Miete, bezahlen soll, und wandte sich an den Ombudsman. Dieser teilte dem Krankentaggeld-Versicherer in seiner Intervention im Wesentlichen mit, dass die Ombudsstelle keine Obliegenheitsverletzung durch den Arbeitnehmer erkennen kann. Die Meldepflicht obliegt gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ AVB dem Versicherungsnehmer, also dem Arbeitgeber. Der Beschwerdeführer habe dementsprechend darauf vertrauen dürfen, dass die Meldung durch den Arbeitgeber erfolgt war. Dies insbesondere auch deshalb, weil der grösste Teil der Wartefrist in die Zeit der Anstellung gefallen ist und es der allgemein bekannten Praxis entspricht, dass die Meldung vom Arbeitgeber vorgenommen wird.

Zwei Tage nach Versand der Intervention teilte der Versicherer dem Ombudsman mit, dass der Fall bereits vor Eingang seiner Intervention aufgrund eines E-Mails des Beschwerdeführers neu überprüft wurde, und dass entschieden wurde, unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht auf eine Sanktion zu verzichten. Der Beschwerdeführer, dessen Arbeitsstelle per Ende März 2022 gekündigt worden war, erhielt somit doch noch ab Anfang April 2022 die beantragten Taggelder.

Rechtsschutz-Versicherungen

Ein starker Anstieg der Fallzahlen (von 323 auf 387; 19.8%) war im Berichtsjahr bei Anfragen und Beschwerden gegen Rechtsschutz-Versicherer zu verzeichnen.

Zunahme von Beschwerden im Zusammenhang mit dem Auskauf von Rechtsschutzleistungen durch den Rechtsschutz-Versicherer

In den letzten Jahren haben Beschwerdefälle gegen Rechtschutz-Versicherer zugenommen, welche den Auskauf von Rechtsschutz-Leistungen zum Gegenstand hatten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ AVB der Rechtsschutz-Versicherer sehen regelmässig vor, dass der Versicherer anstelle des versicherten Rechtschutzes einen Auskauf von seiner Leistungspflicht erbringen kann. Die der Ombudsstelle unterbreiteten Beschwerden beziehen sich häufig auf die Frage, wie hoch die entsprechende Zahlung des Versicherers an die versicherte Person sein sollte.

Manchmal ist auch die Frage strittig, ob die versicherte Person anstelle der offerierten Auskaufsleistung nicht Anspruch darauf hat, dass eine Rechtsstreitigkeit mit Unterstützung des Rechtsschutz-Versicherers ausgetragen und nötigenfalls gerichtlich beurteilt wird.

Einer dieser Fälle betraf eine für einige Jahre gewählte Richterin im Nebenamt, welche mit der Lohnabrechnung ihres Gerichtspräsidiums für das erste Jahr ihrer Richterinnen-Tätigkeit nicht zufrieden war. Die geleistete Entschädigung für mehrere Einsätze entsprach im Ergebnis der Bezahlung eines Stundenlohns von rund CHF 34.-, was die betroffene Richterin als nicht angemessene und zu tiefe Entlöhnung betrachtet.

Die Richterin wandte sich an ihren Rechtsschutz-Versicherer und teilte diesem mit, dass das zuständige Gerichtspräsidium die für die Entschädigung massgebliche Verordnung ihrer Auffassung nach nicht richtig angewandt habe. Der Rechtsschutz-Versicherer beauftragte nach verschiedenen Korrespondenzen zur Frage, ob überhaupt bereits eine Rechtsstreitigkeit vorliege, eine Anwaltskanzlei mit der Prüfung der Rechtslage. Diese betrachtete ein Vorgehen gegen den Präsidialentscheid betreffend die Entlöhnung des öffentlich-rechtlichen Arbeitsverhältnisses als aussichtslos. Daraufhin ersuchte die Richterin zwei Fachanwälte um ihre Einschätzung der Rechtslage. Beide betrachteten ein rechtliches Vorgehen gegen die als zu tief beanstandete Entlöhnung als erfolgversprechend.

Nach weiteren Korrespondenzen und Erneuerungen des Gesuchs um Rechtsschutz legte der Rechtsschutz-Versicherer seiner Versicherten dar, dass er sich

gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ AVB durch Bezahlung des materiellen Streitwerts von seiner Leistungspflicht befreien kann. Der Streitnutzen für das erste Jahr ihrer Anstellung betrage CHF 785.-, weshalb ihr dieser Betrag überwiesen werde.

Dagegen beschwerte sich die Versicherte und wies darauf hin, dass es sich bei ihrem Arbeitsvertrag um ein Dauerschuldverhältnis handle, was bei einem Auskauf zu berücksichtigen wäre. Dies lehnte der Rechtsschutz-Versicherer indes mit der Begründung ab, bezüglich künftiger Lohnzahlungen bestehe noch keine Streitigkeit. Versichert seien lediglich bestehende Streitigkeiten. Im Weiteren kündigte der Rechtsschutz-Versicherer die Police der bei ihm versicherten Richterin im Schadenfall, worauf sich diese bei der Ombudsstelle beschwerte.

Die Ombudsstelle hatte Verständnis für das Anliegen der Beschwerdeführerin. Der Ombudsman teilte dem Rechtsschutz-Versicherer daher im Wesentlichen mit, dass er ebenfalls der Meinung sei, dass die Auskaufsumme bei einem Dauerschuldverhältnis unter Berücksichtigung des gesamten Zeitraums der Anstellung und nicht nur retrospektiv bemessen werden müsste. Unabhängig davon sollte seiner Auffassung nach in Fällen wie dem vorliegenden, bei denen es nicht nur um eine finanzielle Entschädigung für einen Vorfall in der Vergangenheit geht, sondern insbesondere um die Konditionen eines weiterdauernden Arbeitsverhältnisses, primär die Hauptleistung des Rechtsschutz-Versicherungsvertrags, nämlich der versicherte Rechtsschutz, gewährt werden. In entsprechenden Fällen sollte daher nur mit Zurückhaltung auf die Ersatzleistung, d.h. den Auskauf, gegriffen werden.

Der Versicherer teilte die entsprechende Auffassung des Ombudsman weder bezüglich der Berechnung der Auskaufsumme noch bezüglich des Vorrangs der versicherten Hauptleistung in Fällen wie dem vorliegenden, und hielt an seiner Position fest.

Nach erneuter Prüfung des Falles teilte der Ombudsman dem Rechtsschutz-Versicherer mit, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehe, dass das zuständige Gericht im Falle einer Klage der Versicherungsnehmerin gegen den Rechtsschutz-Versicherer auf Kostengutsprache zur Geltendmachung einer höheren Entschädigung als Richterin im Nebenamt zum Schluss kommen dürfte, dass das Interesse der Versicherungsnehmerin an einer Klärung der Rechtslage gegenüber dem Interesse des Rechtsschutz-Versicherers, den Fall wirtschaftlich zu erledigen, überwiegt.

Im Weiteren informierte er den Versicherer auch darüber, dass er aufgrund seiner eigenen Sorgfaltspflichten der Beschwerdeführerin den Beizug eines Anwalts empfehlen müsse, falls er an seiner bisherigen Position festhalte, und ersuchte den Rechtsschutz-Versicherer (entsprechend den Vorgaben im Reglement der Ombudsstelle) vor Abschluss des Interventionsfalles noch einmal um Wiedererwägung seiner Position.

Dies vermochte den Rechtsschutz-Versicherer indes nicht umzustimmen, so dass der Ombudsman die Beschwerdeführerin über das Scheitern seiner Vermittlungsbemühungen und seine anders lautende Rechtsauffassung begründet informieren musste.

Empfehlung an die Rechtsschutz-Versicherer
Der Ombudsman empfiehlt den Rechtsschutz-Versicherern, vor einem beabsichtigten Auskauf ihrer Rechtsschutz-Leistungen immer eine Abwägung zwischen den eigenen Interessen auf wirtschaftliche Erledigung eines Schadenfalls mit den Interessen der versicherten Personen auf Klärung einer Rechtsstreitigkeit vorzunehmen und nicht zu vergessen, dass die versicherte Hauptleistung letztlich das Gewähren von Rechtsschutz ist.

Tierversicherungen / Deutliche Abnahme der Anfragen und Beschwerden

In der Branche Tierversicherungen haben die Anfragen (nach starker Zunahme im Vorjahr) von 138 auf 69 stark abgenommen (50%).

Wie im Vorjahr handelte es sich nach wie vor überwiegend um Verfahrensbeschwerden von Versicherten wegen allzu langer Bearbeitungsdauer eines Schadenfalls, gefolgt von Meinungsverschiedenheiten über die Höhe der Versicherungsleistungen.

Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Schweizer Schadenversicherer / 27 Beschwerden an die Ombudsstelle im Berichtsjahr 2022

Im Berichtsjahr haben die Beschwerden an die Ombudsstelle gegen Einmeldungen ins HIS, dem Hinweis- und Informationssystem der Schweizer Schadenversicherer, von 6 auf 27 und somit deutlich zugenommen. Dies dürfte insbesondere damit zusammenhängen, dass das HIS erst ab Februar 2021 in Betrieb genommen wurde und Beschwerden an die Ombudsstelle häufig erst mit Verzögerungen eingereicht werden. Andererseits ist die Zahl der partizipierenden Versicherer von 7 auf aktuell 9 angestiegen.

Insgesamt 13 Mal und somit am häufigsten hatten wir uns mit HIS-Einmeldungen zu befassen, welche im Zusammenhang mit einer Vertragskündigung und einer gleichzeitig erfolgten Leistungsablehnung wegen betrügerischer Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG standen.

Die Bearbeitung von HIS-Fällen ist für die Ombudsstelle jeweils zeitintensiv, zumal die Versicherungsdossiers häufig umfangreich und komplex sind. In den allermeisten Fällen konnten wir die Position des Versicherers bezüglich der Einmeldung ins HIS (z.B. wegen betrügerischer Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG, vorsätzlicher Anzeigepflicht-Verletzung nach Art. 6 VVG etc.) in rechtlicher Hinsicht nicht als unkorrekt beanstanden.

Nur in 2 Fällen mussten wir bezüglich der Einmeldung intervenieren. In beiden Fällen folgte der betroffene Versicherer nach Neuüberprüfung des Falles der Empfehlung des Ombudsman und nahm Abstand von den erhobenen Einmeldegründen.

HIS-Einmeldegrund „kein Nachweis des versicherten Ereignisses im Versicherungsvertragsrecht (ZGB 8)“ – Weitere Voraussetzungen für eine Einmeldung

Bei einem dieser beiden Fälle ging es zusammengefasst um einen Diebstahl-Versicherten, dem während eines Klinikaufenthalts in die Wohnung eingebrochen worden war. Dabei seien ihm insbesondere Bargeld von CHF 8‘000.-, ein Weissgoldring, ein Laptop, ein Tresor sowie eine Uhr im Wert von CHF 1‘250.- gestohlen worden. Den ihm obliegenden Eigentums- und Wertnachweis (z.B. Kaufbelege) für die als gestohlen gemeldeten Gegenstände inkl. Wertsachen erbrachte der Versicherte gegenüber dem Versicherer trotz mehrfacher Aufforderung nicht. Seine Sachdarstellung, dass er diesen hohen Bargeld-Betrag ca. 2 Monate vor dem Einbruchdiebstahl von seinem Bankkonto abgehoben und danach zu Hause im Tresor in einem Schrank aufbewahrt habe, und die dazu erfolgten Erklärungen warfen aus verschiedenen Gründen ebenfalls Fragen auf.

Ca. 3 Monate nach einer weiteren Mitteilung an den Versicherten, dass der Schadennachweis bisher nicht erbracht worden sei, der Schadenfall aber nochmals eingehend geprüft werde, falls er prüfbare und plausible Schadennachweise beibringe, teilte der Versicherer dem Versicherten unter anderem mit, dass er wegen fehlender Nachweise des versicherten Ereignisses nach Artikel 8 ZGB eine Einmeldung ins HIS vornimmt. In der Folge beschwerte sich der Versicherte beim Versicherer und beanstandete sowohl die Aussage, es liege kein genügender Schadennachweis vor, als auch die Einmeldung ins HIS. Der Versicherer hielt in seiner Antwort an seiner Position fest und teilte ihm

unter anderem mit, dass er die Möglichkeit habe, sich an den Ombudsman zu wenden oder ein Zivilverfahren einzuleiten.

Der Ombudsman ersuchte den Versicherer zunächst um Einsichtnahme in das Versicherungsdossier. Nach dessen Prüfung teilte er zwar den Standpunkt des Versicherers, dass der Schadennachweis vom Versicherten nicht rechtsgenügend erbracht und auch nicht plausibel dargelegt worden war. Dennoch intervenierte der Ombudsman beim Versicherer, weil dieser gegenüber seinem Versicherten nicht begründet hatte, weshalb die Sachverhaltsschilderung des Versicherten seiner Meinung nach nicht plausibel oder unglaubwürdig sei und einen Eintrag ins HIS rechtfertige.

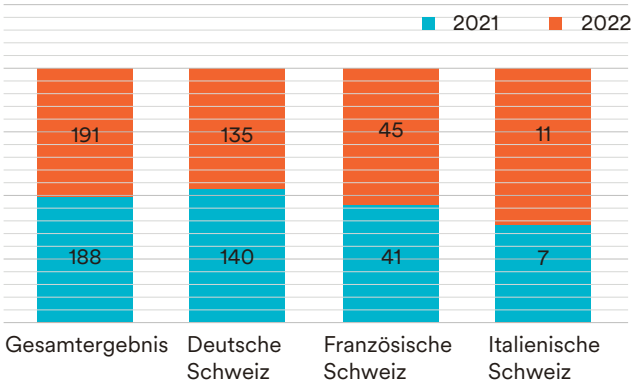
Aus dem Zweck des HIS ergebe sich seiner Meinung nach, dass der Sachverhalt in so starkem Ausmass unglaubwürdig und/oder unplausibel sein müsse, dass auch ein erhärteter Verdacht auf versuchten Versicherungsmissbrauch entsteht, um eine Einmeldung ins HIS zu rechtfertigen. Der Versicherer sollte daher gegenüber seinem Versicherten auch begründet darlegen, weshalb die entsprechenden Voraussetzungen für eine Einmeldung ins HIS seiner Meinung nach erfüllt sind.

Im Weiteren hielt der Ombudsman in seiner Intervention im Wesentlichen fest, dass der Versicherer dem Versicherten gegenüber auch nicht dargelegt habe, wie er seine Sachdarstellung allenfalls noch plausibilisieren könne. Bezüglich der als gestohlen gemeldeten Uhr schlug der Ombudsman im Sinne eines Beispiels vor, vom Versicherten die Uhrenbox und die Bedienungsanleitung einzufordern, die nach seinen Abklärungen beim Kauf der betreffenden Uhr jeweils mitgeliefert wird.

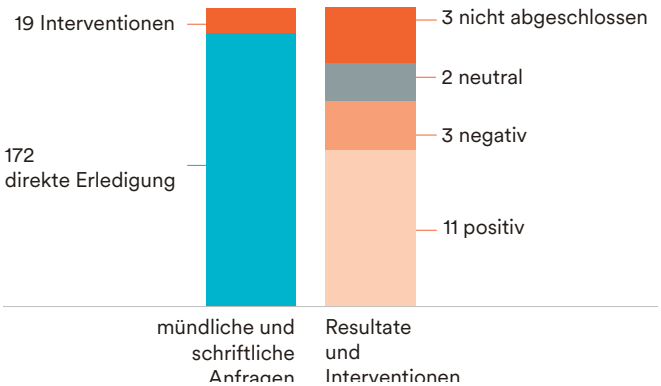
Der Versicherer veranlasste eine eingehende Neuüberprüfung. Diese führte im Einvernehmen zwischen den Parteien zu einer weitgehenden Schadenübernahme und zu einer Löschung der Einmeldung ins HIS.

Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2022 (von 188 auf 191) gestiegen.



Anlass zu einer Intervention gaben 19 Fälle (Vorjahr 16), wovon 69% erfolgreich waren und zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei führten.



Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen insbesondere folgende Fallgruppen:

1. Geltend gemachte Falschberatungen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss.
2. Anfragen zu Rückkaufswerten von Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil und von Auszahlungsplänen.

Falschberatung beim Vertragsschluss durch eine ungebundene Versicherungsvermittlerin bzw. Brokerin

Im Berichtsjahr hatte sich die Ombudsstelle mit einem besonders problematischen Fall von Falschberatung zu befassen. Eine selbständige Geburtshelferin, die in Finanzfragen unkundig ist, schloss in den Jahren 2016 bis 2019 über eine Versicherungsvermittler-Firma sechs Lebensversicherungspolicen mit einem Prämienvolumen von jährlich fast CHF 71‘000.- ab. Dies bei einem durchschnittlichen Einkommen von jährlich rund CHF 100‘000.- und einem Vermögen inklusive Freizügigkeitsleistungen von ca. CHF 90‘000.-.

Die Prämien für die abgeschlossenen vier Säule 3a-Policen betrugen jährlich rund CHF 34‘000.-. Dies obschon solch hohe Beiträge in die Säule 3a für sie als Versicherungsnehmerin ohne Pensionskasse nur zulässig gewesen wären, wenn sie ein Netto-Erwerbseinkommen von rund CHF 170‘000.- erzielt hätte.

Schon bald erhielt die Versicherungsnehmerin vom Steueramt jährlich die Aufforderung, einen Teil der Säule 3a-Beiträge vom Lebensversicherer zurückzufordern. Sie wandte sich diesbezüglich allerdings nicht an den Versicherer, sondern an ihre Versicherungsvermittlerin, welche ihr mitgeteilt hatte, bezüglich der zu viel bezahlten Beiträge in die Säule 3a mit dem Lebensversicherer eine Verrechnung vorgenommen zu haben, was von der Versicherungsnehmerin allerdings nicht hinterfragt wurde.

Erst aufgrund von Hinweisen ihres neuen Lebenspartners habe sie realisiert, dass etwas nicht stimme und die Prämien für sie eigentlich zu hoch seien. Sie nahm daher zusammen mit ihrem Lebenspartner zunächst Kontakt mit der Versicherungsvermittlerin und danach auch mit dem Lebensversicherer auf. Dies mit dem Ziel, die im Jahr 2019 abgeschlossene Säule 3b mit einer Prämie von CHF 36‘000.- rückgängig zu machen und die Situation bezüglich der Säule 3a anzupassen. Da beide keine Bereitschaft zu einem Entgegenkommen zeigten, wandte sie sich an die Ombudsstelle.

In der Annahme, bei der involvierten Vermittlungsfirma handle es sich um eine gebundene Versicherungsvermittlerin, für deren Handlungen der Lebensversicherer gemäss Art. 34 VVG einzustehen hat, wurde der Ombudsman beim Lebensversicherer vorstellig. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Ombudsstelle der Meinung war, der Lebensversicherer hätte aufgrund der Antragsformulare, welche Angaben zur beruflichen Tätigkeit ihrer Versicherungsnehmerin enthielten, feststellen können, dass ein Nettoeinkommen von CHF 170‘000.- für eine selbständige Geburtshelferin kaum realistisch ist, und vor Ausstellung von Policen mit dem erwähnten Prämienvolumen selber noch vertiefte Abklärungen treffen müssen. Da die kinderlose Versicherungsnehmerin niemanden im Todesfall absichern musste, machten aus Sicht der Ombudsstelle insbesondere auch die versicherten Todesfallsummen in der Höhe von insgesamt ca. CHF 1‘250‘000.- keinen Sinn.

Der Ombudsman schlug dem Versicherer daher vor, der Bitte der Versicherungsnehmerin zu entsprechen, d.h. die letzte Säule 3b-Police mit dem Prämienvolumen von CHF 36‘000.- rückwirkend aufzulösen und gleichzeitig eine für die Versicherungsnehmerin möglichst verlustfreie Lösung für die Säule 3a-Policen vorzuschlagen, welche ihrer finanziellen Situation und ihrem durchschnittlichen Einkommen während der letzten Jahre gerecht wird.

In seiner Antwort teilte der Lebensversicherer dem Ombudsman mit, dass es sich bei der Vermittlerin um eine ungebundene handelt, er aber dennoch bereit sei, unter Einbezug der Versicherungsbrokerin nach einer entgegenkommenden Lösung für die Versicherungsnehmerin zu suchen. Nach längerdauernden Abklärungen und bilateralen Gesprächen des Lebensversicherers mit der Ombudsstelle sowie mit der Versicherungsnehmerin konnte nach einigen Monaten schliesslich im

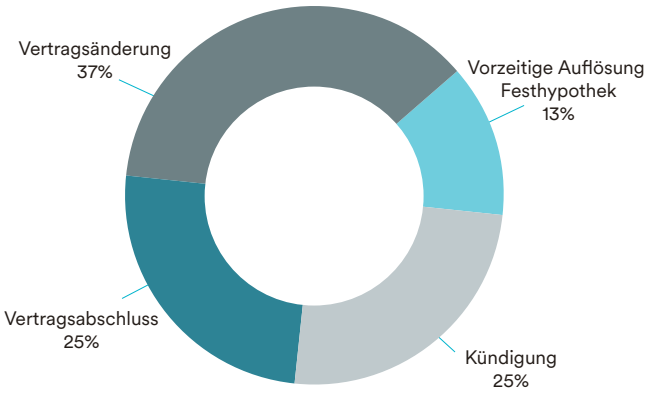
gegenseitigen Einvernehmen der Parteien eine Lösung bezüglich der verschiedenen Versicherungsprodukte gefunden werden, welche im Ergebnis ein weitgehendes Entgegenkommen gegenüber der Beschwerdeführerin beinhaltete.

Bemerkungen des Ombudsman
Im vorliegenden Fall konnte die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalles einer Versicherungsnehmerin aus einer sehr schwierigen Situation heraushelfen. Dies obschon die haftpflichtrechtliche Hauptverantwortung für die mehrfach erfolgten Falschberatungen bei einer ungebundenen Versicherungsvermittlerin lag. Eine Ombudsstelle für Meinungsverschiedenheiten mit ungebundenen Versicherungsvermittlern gibt es bisher noch nicht. Der Ombudsman hofft jedoch, dass die von der Swiss Insurance Brokers Association (SIBA) im Dezember 2021 in Aussicht gestellte Gründung einer Ombudsstelle für ungebundene Versicherungsvermittler bald erfolgen wird.

Hypothekar-Darlehensverträge

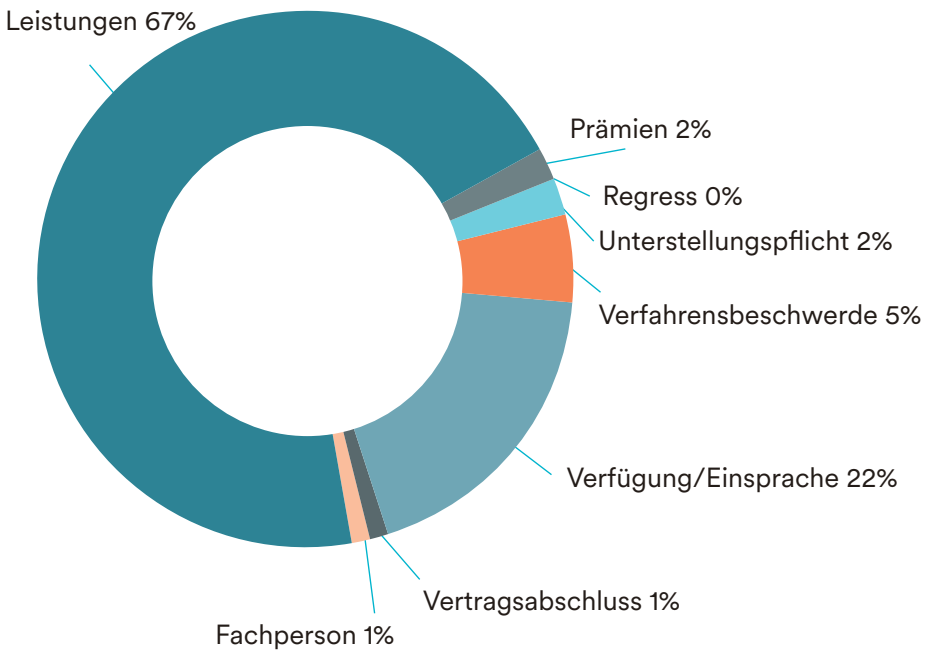
Anfragen im Bereich Hypotheken

Im Berichtsjahr wurden uns lediglich 8 (9) Anfragen zu Hypothekarverträgen mit Versicherungs-Gesellschaften unterbreitet. Diese konnten alle direkt bzw. ohne Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erledigt werden.



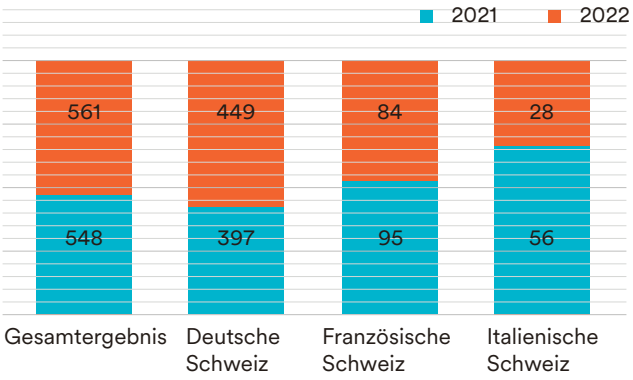
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

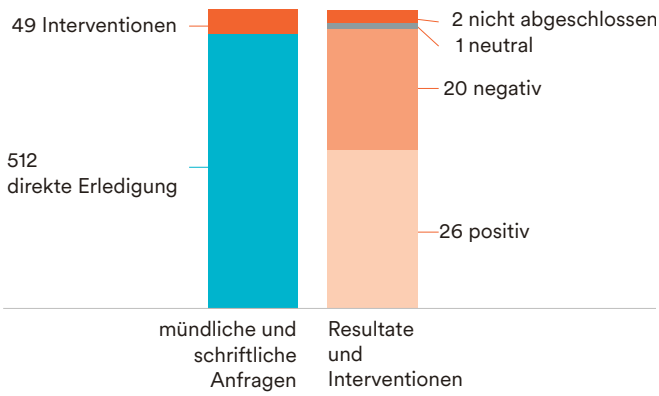
Anfragen im UVG-Bereich und Militärversicherung



Im Berichtsjahr wurden 561 Fälle und damit rund 2.3% mehr Anfragen als im Vorjahr (548) an die Ombudsstelle gerichtet.

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





Dauerthemen „Unfallbegriff“ und „unfallähnliche Körperschädigungen“

Auch im vergangenen Jahr hatte die Ombudsstelle einige Fälle zu beurteilen, in welchen das Vorliegen eines Unfalles im rechtlichen Sinne oder einer unfallähnlichen Körperschädigung umstritten war. Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) definiert den Unfall als plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Als unfallähnliche Körperschädigungen gelten gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a - h sodann Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

Verletzung beim Skydiving – strittige Leistungspflicht des UVG-Versicherers

Ein der Ombudsstelle unterbreiteter Fall betraf einen UVG-Versicherten, welcher bei einem Geschäftsanlass die Gelegenheit zum Indoor Skydiving erhielt. Er war offenbar trotz Anwesenheit eines Instruktors, welcher ihn anleitete und beim Fliegen korrigierte bzw. kontrollierte, zweimal aus der Balance geraten und dann mit dem Körper auf dem netzartigen Boden im Windkanal aufgeprallt. Unmittelbar nach Abschluss des Fluges sei er sich bewusst geworden, dass sich etwas im Körper verändert habe, und es seien verschiedene Beschwerden aufgetreten, welche er medizinisch abklären liess.

Die behandelnden Ärzte erklärten, dass die anamnestischen Angaben des Versicherten sowie die rasche Entwicklung der Beschwerden eher für eine mechanische Ätiologie (Ursache) derselben sprechen würden (z.B. Überdehnung im Rahmen einer sportlichen Aktivität). Da die Ärzte indessen eine zentrale Ätiologie und damit eine Krankheit als Ursache nicht ausschliessen konnten, empfahlen sie eine weitere bildgebende Diagnostik. Die Ergebnisse der entsprechenden Untersuchungen (MRI Gehirn bzw. Schädelkalotte und HWS) fielen negativ aus. Somit wurde eine krankheitsbedingte Ursache ausgeschlossen.

Der Unfallversicherer des Betroffenen verneinte indes seine Leistungspflicht. Es liege keine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vor. Auch seien nicht alle Merkmale des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG erfüllt. Insbesondere fehle es an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor. Da dem Versicherten aufgrund der umfangreichen medizinischen Untersuchungen hohe Kosten entstanden, welche er aufgrund seiner hohen Franchise bei der Krankenkasse nicht auf diese abwälzen konnte, bat er die Ombudsstelle um Prüfung der Angelegenheit.

Bei Körperbewegungen gilt gemäss dem Entscheid U 322/02 des Eidg. Versicherungsgerichts der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam „programmwidrig“ beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen, denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenweilt – ist wegen der erwähnen Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor.

Die Ombudsstelle stimmte mit der Versicherungsgesellschaft überein, dass ein Aufprallen infolge Dysbalance auf dem dafür geschaffenen Netz, wobei der Trainer sogleich wieder für die Rückführung in die Balance sorgte, beim Skydiving grundsätzlich nichts Aussergewöhnliches darstelle und das Alltägliche bzw. Übliche nicht überschreite.

Der Ombudsman warf gegenüber der Gesellschaft jedoch die Frage auf, ob ein Aufprall mit dem Netz infolge Dysbalance auch wenn es nicht ungewöhnlich ist, dass es beim Skydiving zu solchen Kollisionen kommt, im Lichte der Rechtsprechung nicht ausnahmsweise ein ungewöhnlicher Faktor darstelle, wenn es deshalb zu einer unkoordinierten, ungewollten Bewegung (Überdehnung) komme, welche Beschwerden nach sich ziehe.

Die Versicherungsgesellschaft hielt indessen an ihrem Entscheid fest. Bei Unfällen bei der Ausübung eines Sports sei das Vorliegen eines unfallbedingten Ereignisses zu verneinen, wenn und soweit sich die mit der betreffenden Sportausübung verbundene Gefahr verwirkliche; mit anderen Worten sei die Aussergewöhnlichkeit der äusseren Ursache zu verneinen, wenn ein Gesundheitsschaden bei Ausübung eines Sports eintrete, ohne dass ein besonderes Ereignis vorliege. Mangels eines ausserordentlichen äusseren Umstandes könne daher nicht auf ein Unfallereignis geschlossen werden.

Die Versicherungsgesellschaft machte geltend, dass aus ihrer Sicht eine mögliche Dysbalance und dadurch verursachte Netzaufpralle den Rahmen des Alltäglichen und Üblichen beim Bodyflying nicht übersteigen würden. Vielmehr seien ungewohnte Körperstellungen und allfällige Fehlbewegungen direkte Folgen des künstlich erzeugten Windes, welcher das Fliegen überhaupt erst ermögliche. Die Herausforderung, im Windkanal die Balance zu halten, stelle den Hauptinhalt des Fliegens im Windkanal dar. Mangels eines ausserordentlichen äusseren Umstandes könne in diesem Fall daher nicht auf ein Unfallereignis geschlossen werden.

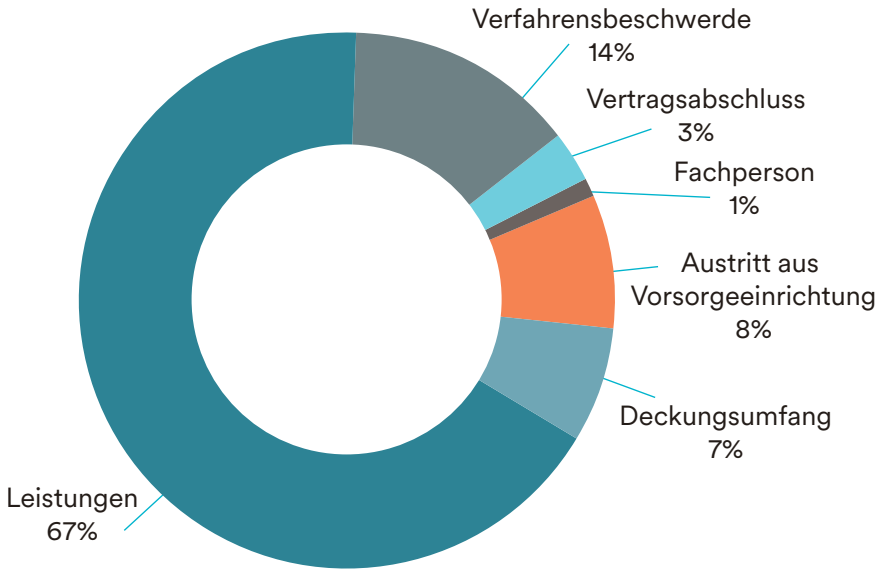
Der Ombudsstelle erschien die Begründung der Versicherungsgesellschaft als nachvollziehbar und in sich konsistent, weshalb sie die Angelegenheit abschliessen musste und den Beschwerdeführer entsprechend orientierte.

Empfehlung an Versicherte, die häufig Sport treiben

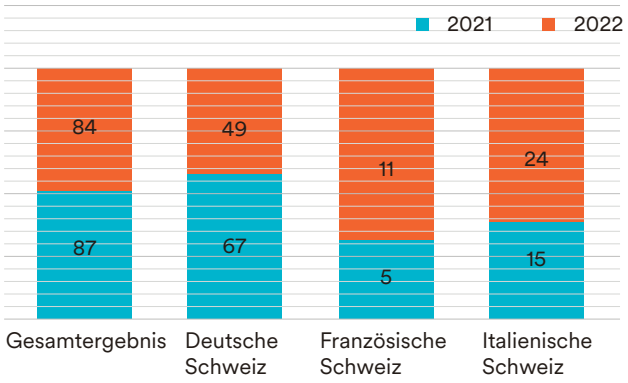
Berücksichtigen Sie beim Entscheid, welche Franchise Sie künftig bei Ihrer Krankenkasse wählen, insbesondere auch, dass Gesundheitsprobleme, die bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten eintreten, in der Praxis oft weder einen Unfall im Rechtssinne darstellen noch eine unfallähnliche Körperschädigung. In solchen Fällen ist die Krankenkasse erst nach Ausschöpfung der Franchise für die Leistungsübernahme zuständig.

Der Bereich berufliche Vorsorge

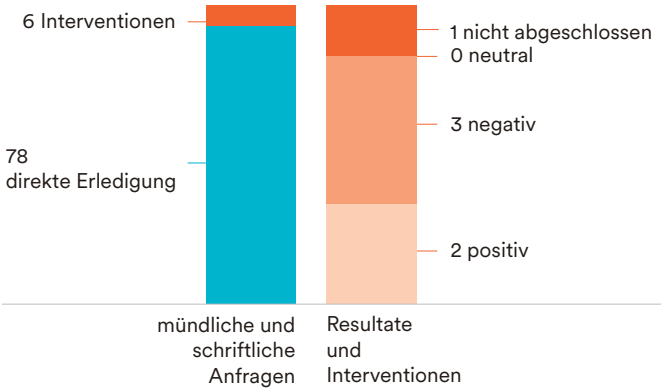
Anfragen im Bereich berufliche Vorsorge



Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich um 3.4% ab. Im Berichtsjahr wandten sich 84 (87) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 26 (20) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.



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



BVG-Renten – keine automatische Anpassung der BVG-Altersrente an die Teuerung

Vor dem Hintergrund der im Berichtsjahr angestiegenen Inflation hatte sich die Ombudsstelle mit dem Fall eines BVG-Rentenbezügers zu befassen. Dieser bezieht seit 2015 eine BVG-Altersrente. Da er noch nie eine Anpassung der BVG-Rente an die Teuerung erhalten hatte, wandte er sich an seinen BVG-Versicherer und ersuchte diesen um Stellungnahme zu einer Anpassung seiner Rente an die Teuerung. Dieser lehnte sein Gesuch jedoch ab. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass seine Altersrente im Jahr 2015 auf Basis des vorhandenen Altersguthabens und der damals gültigen Umwandlungssätze berechnet wurde. Sie sei garantiert und werde lebenslänglich in gleicher Höhe ausbezahlt. Da die Berechnung der Altersrente aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen mit zu hohen Umwandlungssätzen erfolgen musste, sei in naher Zukunft unter Berücksichtigung der steigenden Lebenserwartung und dem andauernden Tiefzinsumfeld nicht mit Überschüssen auf laufenden Renten zu rechnen.

Der Ombudsman informierte den Beschwerdeführer darüber, dass Art. 36 Abs. 2 BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge) festhält, dass nebst den Hinterlassen- und Invalidenrenten auch die Altersrenten entsprechend den finanziellen Möglichkeiten der Preisentwicklung angepasst werden. Das paritätische oder das oberste Organ der Vorsorgeeinrichtung entscheidet jährlich darüber, ob und in welchem Ausmass die Renten angepasst werden. Gemäss Art. 36 Abs. 3 BVG erläutert die Vorsorgeeinrichtung die entsprechenden Beschlüsse in ihrer Jahresrechnung oder in ihrem Jahresbericht.

Der Ombudsman konnte dem Beschwerdeführer gegenüber bestätigen, dass die in seinem Vorsorgereglement aufgeführte Regelung im Einklang mit dieser Gesetzesbestimmung steht.

Anhaltspunkte, wonach die Begründung des BVG-Versicherers für die abgelehnte Erhöhung der Rente, weil aufgrund der steigenden Lebenserwartung in naher Zukunft nicht mit Überschüssen auf den laufenden Renten gerechnet werden könne, unkorrekt sein könnte, lagen der Ombudsstelle nicht vor.

Abschliessend beurteilen konnte der Ombudsman die Forderung des Rentenbezügers jedoch nicht, weil die Ombudsstelle im Gegensatz zur Aufsichtsbehörde keinen Zugang zu den Geschäftsbüchern der BVG-Vorsorgeeinrichtungen bzw. der zuständigen BVG-Sammelstiftung und daher auch keine Kenntnis von der finanziellen Situation der BVG-Sammelstiftung des Rentenbezügers hat. Hinzu kommt: die Ombudsstelle hat auch nicht die Kompetenz zur Überprüfung von Entscheiden der Organe der BVG-Vorsorgeeinrichtungen.

Der Ombudsman informierte den Beschwerdeführer entsprechend und verwies ihn für eine abschliessende Prüfung seiner Forderung an die hierfür zuständige BVG-Aufsichtsbehörde.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Fallentwicklung

Im Jahr 2022 wurden bei der Zweigstelle Lugano insgesamt 225 (231) Anfragen eingereicht, davon 198 (213) im Zuständigkeitsbereich. Anfragen im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie gab es im Berichtsjahr in der italienischen Schweiz nicht mehr. Der Rückgang der Fallzahlen dürfte mindestens teilweise darauf zurückzuführen sein. Insgesamt 155 Anfragen konnten telefonisch erledigt werden.

16 (14) der insgesamt 70 schriftlich eingereichten Fälle aus der italienischen Schweiz führten zu einer Intervention beim involvierten Versicherer, davon 12 mit positivem Ausgang, 1 mit negativem Ausgang und 3 Fälle, die bis zum Jahresende noch nicht abgeschlossen werden konnten.

Die überwiegende Anzahl der Fälle (146) betrafen das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Zahl der Dossiers im Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) ging im Vorjahresvergleich von 56 auf 28 zurück.

Wie im Vorjahr betraf lediglich ein kleiner Teil der Anfragen Themen im Zusammenhang mit der beruflichen Vorsorge (BVG). Insgesamt handelte es sich um 24 (19) Anfragen.

Fälle im Zusammenhang mit Hypotheken wurden in der italienischen Schweiz im Berichtsjahr keine verzeichnet.

Wie in den Vorjahren gab es auch im Jahr 2022 einige Anfragen, die nicht in die Zuständigkeit unserer Zweigstelle in der italienischen Schweiz fielen. Diese 27 Anfragen betrafen insbesondere den Krankenkassen-Bereich und Fragen ohne Bezug zum Versicherungsrecht.

155 der insgesamt 225 Anfragen konnten von der Zweigstelle direkt telefonisch und ohne weitere Nachbearbeitung erledigt werden. Dies hängt damit zusammen, dass oft nur einzelne Unklarheiten im Zusammenhang mit Formulierungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zu klären sind, die für unkundige Personen im Versicherungsrecht nicht immer leicht verständlich sind.

Privathaftpflichtversicherung – Sind Schäden, die im Rahmen eines (bezahlten) Wohnrechts an der Wohnung verursacht werden, ebenso gedeckt wie Mieter-Haftpflichtschäden?

Die Zweigstelle hatte sich im Berichtsjahr verschiedentlich mit Auslegungsfragen im Zusammenhang mit der Privathaftpflicht-Deckung zu befassen.

Einer dieser Fälle betraf einen Versicherungsnehmer, welcher seine Eigentums-Wohnung, in der er lebte, vor mehr als einem Jahrzehnt an seine Tochter und seinen Schwiegersohn verkauft hatte. Im Rahmen des Verkaufs der Wohnung wurde ihm als Verkäufer ein lebenslanges Wohnrecht eingeräumt. Das Wohnrecht wurde im Verkaufspreis berücksichtigt und somit vom Verkäufer auch bezahlt. Im Jahr 2022 versursachte er in der betreffenden Wohnung einen Haftpflichtschaden. Sein Haftpflichtversicherer lehnte die Versicherungsdeckung gegenüber seinem Versicherten ab. Zur Begründung machte er geltend, dass er nicht Mieter sei, sondern ein Wohnrecht habe. Es gebe daher keinen Mietvertrag. Das Wohnrecht sei nicht mit einem Mietverhältnis vergleichbar. Das Wohnrecht erlaube es nur, in der Wohnung zu wohnen (in der Regel unentgeltlich), nicht aber, sie zu vermieten oder zur Miete zu erhalten, und der Eigentümer sei nur für die laufende Instandhaltung verantwortlich.

Der Versicherte wandte sich in der Folge an die Zweigstelle in Lugano, um den ablehnenden Entscheid seines Versicherers überprüfen zu lassen. Die Ombudsstelle betrachtete die entsprechende Deckungsablehnung als nicht gerechtfertigt. Sie wurde beim Versicherer vorstellig und wies darauf hin, dass Schäden im

Rahmen der privaten zivilrechtlichen Haftung als Mieter von Häusern, Wohnungen oder Räumlichkeiten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB als versichert aufgeführt sind. Dies im Gegensatz zum Wohnrecht, das in den AVB nicht erwähnt wird.

Unabhängig davon war die Ombudsstelle der Auffassung, dass das entgeltliche Wohnrecht im konkreten Fall einem Mietvertrag sehr ähnlich ist. Die Ombudsstelle stellte daher die Frage zur Diskussion, ob aufgrund der Regelung in Art. 33 VVG nicht Deckung gewährt werden müsste, zumal Versicherungsschutz für den Beschwerdeführer als Privatperson besteht und kein Deckungsausschluss für Schäden am Objekt besteht, welches Gegenstand des (bezahlten) Wohnrechts ist.

Im Weiteren wies die Ombudsstelle auch darauf hin, dass bei einem Wohnrecht nur der gewöhnliche Unterhalt (Art. 765 ZGB) in die Verantwortung des Eigentümers fällt, und dass es sich im vorliegenden Fall um einen Schaden handle, der vom Versicherten fahrlässig verursacht wurde. Art. 752 Abs. 1 ZGB, der analog auf das Wohnrecht anwendbar ist, sieht zudem vor, dass der Nutzniesser für die Verschlechterung des Eigentums haftet, sofern er nicht beweist, dass der Schaden ohne sein Verschulden entstanden ist.

Der Versicherer kam in der Folge entgegen und erklärte sich unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, das entgeltliche Wohnrecht des Beschwerdeführers auf Lebenszeit wie einen Mietvertrag gegen Entgelt zu behandeln und die versicherten Leistungen zu erbringen.

Die Ombudsstelle wirkt auf faire Konfliktlösung hin – Fallbeispiel im Zusammenhang mit dem neuen Kündigungsrecht nach Art. 35a Abs. 1 VVG, das am 1.01.2022 in Kraft getreten ist

Vereinzelt hatte sich die Ombudsstelle mit Rechtsfragen zu befassen, die im Zusammenhang mit dem per 1.01.2022 in Kraft getretenen revidierten VVG stehen.

Einer dieser Beschwerdefälle betraf eine Versicherungsnehmerin, die per 1.11.2018 eine Haushaltpolice abgeschlossen hatte, welche eine jährliche Hauptfälligkeit der Prämie am jeweiligen 1.12. und eine Mindestlaufzeit bis 1.12.2023 vorsah.

Mitte Juli 2022 kündigte sie per Einschreiben die Police aufgrund des neuen dreijährigen Kündigungsrechts im VVG per 1.12.2022. Der Versicherer lehnte die Kündigung ca. 6 Wochen danach ab. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die nächste Kündigungsmöglichkeit nach (dem neuen) Art. 35a VVG erst per 1.11.2023 ausgeübt werden könne.

Damit war die Versicherungsnehmerin nicht einverstanden und beschwerte sich bei der Zweigstelle im Tessin. Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer und stellte diesem gegenüber zunächst fest, dass sich seine Position streng nach dem Wortlaut von Art. 35a Abs. 1 VVG richte. Diese Regelung lautet wie folgt: „Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden“.

Weiter bestätigte die Ombudsstelle, dass im Fall der Beschwerdeführerin das Ende des vierten Jahres seit Inkrafttreten der Police der 31.10.2022 bzw. 1.11.2022 und nicht der 1.12.2022 sei, zumal ihr Versicherungsvertrag gemäss der abgeschlossenen Police am 1.11.2018 in Kraft trat. Streng rechtlich gesehen könne es seitens der Ombudsstelle zwar nicht kritisiert werden, wenn der Versicherer strikte zwischen den vertraglich vereinbarten und den neuen gesetzlich geregelten Kündigungsterminen unterscheidet und sinngemäss geltend macht, es bestehe per 1.12.2022 keine Kündigungsmöglichkeit. Dies weil als erster vertraglicher Kündigungstermin der 1.12.2023 vereinbart worden ist.

Aus folgenden Gründen warf die Ombudsstelle dennoch die Frage auf, ob die ausgesprochene Kündigung aufgrund der konkreten Umstände dieses Einzelfalles und insbesondere aus Gründen der Fairness nicht doch noch akzeptiert werden müsste: Im Kündigungsbrief von Mitte Juli 2022 der Versicherungsnehmerin wurde zwar nicht explizit darauf hingewiesen, dass sie ihre Police aufgrund des per 1.1.2022 in Kraft getretenen Art. 35a VVG vor Ablauf der Mindestvertragsdauer kündigen wollte. Dies gehe jedoch aus den Umständen des Falles bzw. den beiliegenden Akten deutlich hervor. Die Ombudsstelle gehe daher davon aus, dass die Beschwerdeführerin die Kündigung einzig aufgrund eines Versehens auf den 1.12.2022 anstatt auf den 1.11.2022 ausgesprochen hat. Wenn der Versicherer ihr nach Eingang der Kündigung umgehend oder zumindest innert Wochenfrist mitgeteilt hätte, dass der nächste gesetzliche Kündigungstermin gemäss Art. 35a Abs. 1 VVG nicht der 1.12.2022, sondern der 1.11.2022 sei, hätte die Beschwerdeführerin den ausgesprochenen Kündigungstermin noch im Juli (unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist) auf den 31.10.2022/1.11.2022 korrigieren bzw. klarstellen können. Dies habe der Versicherer allerdings nicht getan, sondern im Gegenteil bis Ende August 2022 zugewartet, um ihr dann mitzuteilen, dass der nächste gesetzliche Kündigungstermin (jetzt erst) der 1.11.2023 sei. Ungeachtet der Gründe die dazu führten, dass die Kündigungsablehnung so spät erfolgt war, dürfte ein Festhalten des Versicherers an seiner bisherigen Position einer objektiven Beurteilung nach Fairness im Verhalten gegenüber der Versicherungsnehmerin unseres Erachtens nicht standhalten. Wir empfahlen daher, dass die ausgesprochene Kündigung per 1.12.2022 doch noch akzeptiert werde.

Nach Wiedererwägung seiner Position folgte der Versicherer der Empfehlung der Ombudsstelle und gab die Police per 1.12.2022 frei.

Wiederkehrende Feststellung des Zweigstellenleiters von mangelnden Kenntnissen der Versicherten über den vorhandenen Versicherungsschutz

Wie in den Vorjahren wandten sich im Berichtsjahr auch einige Versicherte an die Zweigstelle, die sehr wenig Kenntnis über den Umfang und die Grenzen des Versicherungsschutzes ihrer eigenen Policen hatten. Damit Enttäuschungen und Überraschungen im Versicherungsfall weitgehend vermieden werden können, scheint es der Zweigstelle daher unerlässlich auf ihre letztjährigen Empfehlungen zu verweisen und zu betonen, wie wichtig es ist, sich bereits vor Vertragsabschluss mit dem wesentlichen Inhalt des Vertrags und dem Umfang des Versicherungsschutzes zu befassen.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Fallentwicklung

Im Berichtsjahr 2022 gingen in der Zweigstelle in der Westschweiz 481 (531) Anfragen und Beschwerden ein. Somit sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich um weniger als 10% gesunken. Im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 ist demgegenüber eine Zunahme von 50 Fällen zu verzeichnen, was auf eine Stabilisierung der Fallzahlen für die Jahre nach der Covid Krise deuten lässt.

266 Anfragen wurden telefonisch und 215 Fälle schriftlich abgewickelt. Nachdem die telefonischen Anfragen im Vorjahr einen Höchststand erreicht hatten, weist der Rückgang um 27% im Berichtsjahr auf eine Normalisierung hin. Hingegen machte sich eine deutliche Zunahme der schriftlichen Anfragen (30%) bemerkbar.

Die Anzahl Interventionen stieg leicht an, auf insgesamt 20 Fälle. Die Erfolgsquote liegt mit 14 positiven Ergebnissen und 3 neutral erfassten Interventionen bei 70%. Noch stärker als in der Vergangenheit betraf die überwiegende Mehrheit der Interventionen den Privatversicherungsbereich (19 Interventionen).

Die Anzahl der Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs hat ein weiteres Mal spürbar abgenommen (-40%). Mehr als die Hälfte der insgesamt 42 Anfragen betraf die Krankenkassen. Diesen Ratsuchenden empfehlen wir die Anrufung der Ombudsstelle der Krankenversicherung. Verwechslungen betreffend die Zuständigkeit der beiden Ombudsstellen lassen sich vermutlich auch in Zukunft nicht vermeiden. Dies weil für Laien die Unterscheidung zwischen der Grundversicherung nach KVG und der Zusatzversicherung nach VVG nicht immer einfach nachzuvollziehen ist.

Bereich Privatversicherungen

Im Privatversicherungsbereich haben im Berichtsjahr 2022 die meisten Anfragen folgende Branchen betroffen: Die Spitze führte die Krankentaggeldversicherung mit 85 von insgesamt 340 Fällen an. Die Branche Rechtsschutz (52 Fälle) und Leben (45 Fälle) gab ebenfalls Anlass zu zahlreichen Beschwerden der Versicherten. Es folgten sodann die Branche Haftpflicht (29 Fälle) und die Reiseversicherung (22 Fälle). Beschwerden im Bereich der Krankentaggeldversicherung betrafen hauptsächlich Fragen zur Leistungsdauer und zum Deckungsumfang (70 von 85 Fälle).

Rechtsschutz-Branche

Mit 52 von 340 Beschwerden im Privatversicherungsbereich macht sich auch bei der Zweigstelle in der Westschweiz ein Aufwärtstrend der Rechtsschutz-Branche bemerkbar. 5 Anfragen gaben hier Anlass zu Interventionen. Dies entspricht einem Viertel der gesamten Interventionsfälle aus der Westschweiz. Dies ist vor allem deshalb beachtlich, weil der Vermittlungsspielraum der Ombudsstelle aufgrund des in Art. 169 AVO vorgesehenen Schiedsverfahrens eingeschränkt ist. Die Ombudsstelle hat keine Entscheidkompetenzen und darf keine schiedsrichterliche Funktion (in den ohnehin meistens versicherungsfremden Grundstreitigkeiten wie Arbeitsrecht, Mietrecht etc.) übernehmen. Die Hälfte der Fälle in der Rechtsschutz-Branche betrafen den Deckungsumfang. 18 von 52 Fällen hatten einen Bezug zu Leistungsfragen. Bei 7 Fällen stand das Vertragsende im Mittelpunkt der Meinungsverschiedenheit. Diese Beschwerden dürften wohl auf die Revision des Versicherungsvertragsgesetzes und insbesondere auf den neuen Artikel 35a VVG zurückzuführen sein. Seine Inkraftsetzung verursachte einige Auslegungsprobleme.

Der Rechtsschutz-Versicherer wird für die entstandenen Kosten leistungspflichtig, wenn der Versicherte im Rahmen eines Prozesses ein besseres Ergebnis erzielt, als dies vom Rechtsschutz-Versicherer gemäss seiner Aussichtslosigkeitserklärung erwartet wurde

Ein Interventionsfall aus der Westschweiz, der als Sonderfall bezeichnet werden kann, betraf einen

Versicherten, welchem der Versicherer zunächst im Jahr 2018 das Begehren um Strassenverkehrsrechtsschutz im Zusammenhang mit einem Fall, welcher sich in Frankreich ereignet hatte, mangels Erfolgsaussichten abgelehnt hatte. Die Gesellschaft erklärte den Fall damals unter Berufung auf Art. 169 der Aufsichtsverordnung (AVO) als aussichtslos.

Der Beschwerdeführer verzichtete auf ein Schiedsverfahren und führte den Prozess auf eigene Kosten mit Unterstützung eines Anwalts durch. Konkret handelte es sich um ein Urteil wegen einer Geschwindigkeitsüberschreitung zwischen 40 und 50 km/h, das zu einem dreimonatigen Entzug der Fahrerlaubnis in Frankreich und einer Busse von 500 Euro führte. In der Folge bestätigte das Berufungsgericht zwar die Busse, es hob jedoch die Administrativmassnahme (Fahrverbot in Frankreich) auf. Der Versicherte ersuchte daraufhin die Rechtsschutzversicherung um Rückerstattung der Anwaltskosten, weil ein Teil des Urteils aufgehoben worden war. Die Versicherung lehnte die beantragten Leistungen mit der Begründung ab, das Fahrverbot sei nur deshalb aufgehoben worden, weil der Beschwerdeführer sich in der Vergangenheit keiner anderen Verkehrsverletzungen schuldig gemacht hatte, und nicht wegen Fallenlassen des Vorwurfs der Geschwindigkeitsüberschreitung.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Rechtsschutzversicherer und monierte, dass es keine Rolle spiele, weshalb die Administrativverfügung aufgehoben worden sei. Entscheidend sei, dass der Beschwerdeführer ein für ihn günstigeres Urteil erzielen konnte, als es zum Zeitpunkt der geltend gemachten Aussichtslosigkeit der Fall war. Die Versicherung teilte unsere Einschätzung zwar nicht. Dennoch unterbreitete sie dem Beschwerdeführer aufgrund unserer Intervention ein Erledigungsangebot, welcher dieses akzeptierte.

Lebensversicherungs-Bereich

Die Anzahl Anfragen (45) im Lebensversicherungs-Bereich blieb im Jahresvergleich relativ stabil (+10%). Solche Meinungsverschiedenheiten werden die Ombudsstelle auch in Zukunft beschäftigen. Dies weil es sich in diesem Bereich um langjährige Verträge handelt, deren Berechnungsgrundlagen sich zwischen dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem der Vertragsbeendigung verändern können.

Dies zu akzeptieren, fällt vielen Versicherten schwer. Dementsprechend bezog sich eine Mehrheit der Beschwerden auf den Leistungsumfang am Ende (13 Fälle) oder während (19 Fälle) der Vertragslaufzeit. Einige Fälle betrafen die Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss. Ausserdem wurden der Zweigstelle einige Anfragen im Zusammenhang mit einer Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit unterbreitet, bei denen der Deckungsumfang strittig war. Die letztjährige Empfehlung an die Versicherten ist weiterhin von Relevanz. Die an die Zweigstelle gerichteten Anfragen zeigen, wie wichtig es ist, dass die Versicherten vor Unterzeichnung des Vertrags genügend Zeit in das Verständnis des Produkts investieren, und dass die Versicherungsvermittler transparent darüber beraten, welche Leistungen garantiert sind und welche Risiken die Versicherungsnehmer selber tragen.

Kontakte mit den Medien

Im Berichtsjahr hatte der Zweigstellenleiter, Me Johnny Dousse, seine ersten Medienauftritte. Gleich zu Beginn des Jahres erschien er in der Fernsehsendung „A bon entendeur“, die im Herbst 2021 aufgezeichnet worden war. Die Sendung drehte sich um das Thema Krankentaggeldversicherung bei selbständiger Erwerbstätigkeit und bot die Gelegenheit, darauf aufmerksam zu machen, unter welchen Bedingungen Betroffene die Dienstleistungen der Ombudsstelle in Anspruch nehmen können.

Kurz darauf wurde der Zweigstellenleiter auch von der Radiosendung „On en parle“ (RTS) mit der Frage konfrontiert, ob es sich bei „Advisor Swiss Insurance“um eine Versicherungsgesellschaft handle. Ein Verweis auf

die Website der FINMA genügte, um feststellen zu können, dass es sich um einen Broker, also um einen ungebundenen Versicherungsvermittler, handelte.

Der UVG Bereich

Im UVG Bereich hatte sich die Zweigstelle im Berichtsjahr mit 84 Fällen zu befassen. Es sind weniger Beschwerden eingegangen als im Vorjahr (95). Bloss eine Beschwerde gab Anlass zu einer Intervention, deren Ergebnis als neutral erfasst wurde. Die Mehrheit der Fälle (63) betrafen wie in der Vergangenheit Leistungsfragen.

Weitere Aktivitäten

Im ersten Quartal 2022 verfolgte unsere Stiftung mit grossem Interesse das Differenzbereinigungsverfahren zur Revision des Versicherungsaufsichtsgesetzes/VAG, in der das Parlament unter anderem über die vom Bundesrat vorgeschlagene Regulierung des Ombudswesens im Privatversicherungsbereich zu befinden hatte. Den erfolgten Beschluss des Parlaments, auf eine Regulierung des Ombudswesens im Privatversicherungsbereich zu verzichten, betrachtet unsere Stiftung als Anerkennung ihrer seit vielen Jahren erfolgreich durchgeführten neutralen Vermittlungstätigkeit, die den Versicherten kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

Am 2. Juni 2022 feierte unsere Stiftung ihr 50-jähriges Bestehen als Ombudsstelle der Privatversicherung und ihr 20-jähriges Bestehen als Ombudsstelle der Suva. Dieser doppelte Jubiläumsanlass fand am Hauptsitz der Suva in Luzern statt. An der vom Stiftungsratspräsidenten geleiteten Feier nahmen nebst aktiven und ehemaligen Mitgliedern des Stiftungsrats der Stiftung „Ombudsman der Privatversicherung und der Suva“, den Mitarbeitenden der Ombudsstelle, der langjährigen früheren Ombudsfrau, den Vertretungen des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV und der Suva auch zahlreiche Vertretungen der angeschlossenen Privatversicherer sowie die Vertretungen der Swiss Insurance Brokers Association/SIBA, des Konsumentenschutzes, der Ombudsstelle der Krankenversicherer und der Bankenombudsstelle teil. Als Gastreferent konnte Herr Prof. Dr. Günter Hirsch, Präsident des deutschen Bundesgerichtshofs a.D. und ehemaliger deutscher Versicherungsombudsmann, begrüsst werden. Weitere Informationen zum Jubiläumsanlass finden Sie unter folgendem Link auf der Webseite des SVV:

https://www.svv.ch/de/branche/regulierung-und-aufsicht/die-ombudsstelle-als-spiegelbild-der-schweizer-dialogkultur

Im Berichtsjahr führte der Ombudsman erneut ein halbtägiges Unterrichtsmodul an der Hochschule Luzern für Studierende vorwiegend der Sozialarbeit kurz vor dem Bachelor-Abschluss durch. Ziel dieses Unterrichts ist jeweils, den Studierenden aufzuzeigen, wann in der künftigen beruflichen Tätigkeit im Zusammenhang mit Krankentaggeld- und Unfallversicherungen Unterstützung von der Ombudsstelle geholt werden kann, was sie selber tun können, und worauf sie dabei zu achten haben.

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

Des Weiteren konnten die internationalen Kontakte im Berichtsjahr nach deutlichem Rückgang während der Pandemie wieder vermehrt gepflegt werden. Die verschiedenen Medienkontakte des Ombudsman und der Zweigstellen-Leiter in den verschiedenen Sprachregionen konnten im gewohnten Rahmen gepflegt werden.

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Matthias Michel

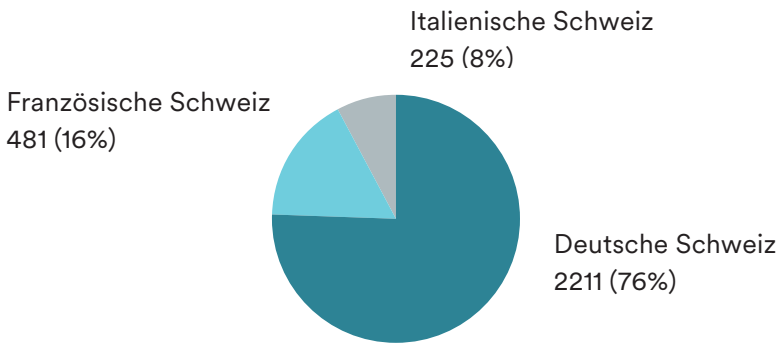
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

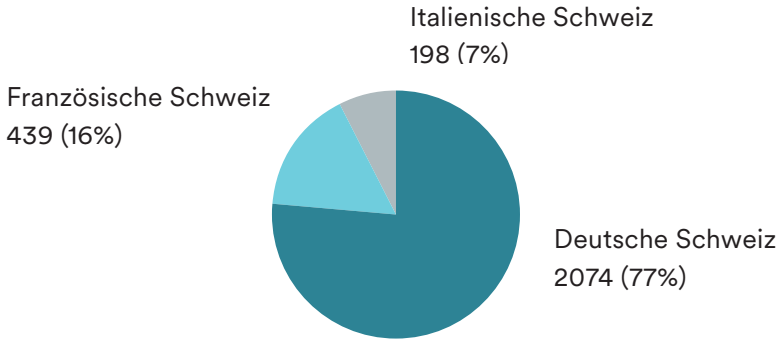
Zürich, März 2023

Statistiken nach Regionen 2022

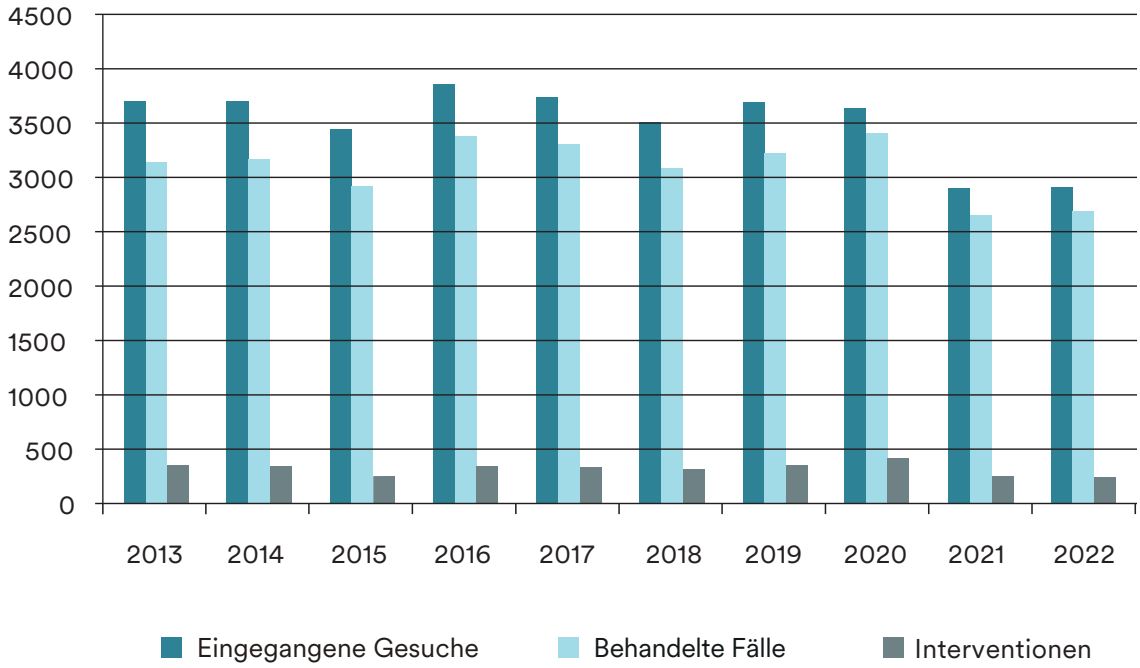
Eingegangene Gesuche



Behandelte Fälle



Tätigkeit 2013 bis 2022



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A–Z

(Stand März 2023)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG
(jetzt Chubb Versicherungen (Schweiz) AG)
Agrisano Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
AIG Europe
Alba (jetzt Helvetia)
Allianz Travel (vormals Allianz Global Assistance)
Allianz Suisse
Allianz Suisse Leben
Animalia (=Vaudoise)
Appenzeller Versicherungen
Aspecta (jetzt Youplus Assurance AG)
Assista Rechtsschutz AG
AXA ARAG
AXA Versicherungen AG
AXA Leben
Baloise (vormals Basler)
Baloise Leben (vormals Basler Leben)
Branchen Versicherung Schweiz
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb Versicherungen (Schweiz) AG
Cigna, Zweigniederlassung 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
ERV Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
Generali Allgemeine
Generali Personenversicherungen
Great Lakes Insurance SE, Swiss branch
Groupe Mutuel Leben GMV AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
(ausser Krankenkasse)
GVB Privatversicherungen AG
Hansemerkur International (Vaduz)
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
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
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Simpego
Skandia Vie SA (jetzt Youplus Assurance AG)
smile.direct Versicherungen (vormals Coop)
Suva (inkl. Militärversicherung)
SWICA (ausser Krankenkasse)
Swiss Life
Sympany (ausser Krankenkasse)
TAS Versicherungen AG (ehemals TCS Versicherungen AG)
TCS Versicherungen AG (jetzt TAS Versicherungen AG)
TSM
UBS Life AG (jetzt Youplus Assurance AG)
UNIQA
USS Versicherungen
VA Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
Vaudoise
Vaudoise Vie
Visana Versicherungen AG
(ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
VZ VersicherungsPool AG
XL Insurance Switzerland
Youplus Assurance 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

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