

23 / 51

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, Anspruchsberechtigten 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 01.01.2024)

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, a. Nationalrätin, Bärswil
Baptiste Hurni, Ständerat, Neuchâtel
Barbara Ingold Boner, Abteilungsleiterin Schadenabwicklung Suva, Luzern
Fabio Regazzi, Ständerat, Gordola

Ombudsman

Martin Lorenzon, Rechtsanwalt

Ombudsstelle

Nathalie Garny, Rechtsanwältin, Ombudsman-Stellvertreterin
Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst
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

Anfragen und Beschwerden im Bereich der Unfallversicherung haben die Ombudsstelle im Berichtsjahr stark beschäftigt. Die Anzahl der uns unterbreiteten UVG-Fälle stieg entsprechend markant an (von 561 auf 734 = 30.8%). Einige Anfragen konnten wir nicht bearbeiten, weil sie einen uns nicht angeschlossenen Unfallversicherer betrafen.

Um dem gestiegenen Bedürfnis von Versicherten, in diesem Bereich an uns zu gelangen, Rechnung zu tragen, hat unsere Stiftung bei der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht eine Ausweitung des Stiftungszwecks beantragt. Dies damit sich künftig nebst der Suva auch andere Unfallversicherer des öffentlichen Rechts unserer Stiftung anschliessen können und wir für noch mehr Versicherte als bisher vermittelnd tätig werden können.

Die entsprechende Statutenänderung wurde von der Eidgenössischen Stiftungsaufsicht anfangs Januar 2024 genehmigt.

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Lorenzon'. The signature is fluid and cursive.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Zusammenfassung des Jahresberichts 2023

Im Berichtsjahr 2023 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 2711 auf 2825 (4.2%) angestiegen.

2502 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 323 der 1126 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle (Interventionsquote 28.7%). Die Erfolgsquote der Interventionen bewegte sich im langjährigen Durchschnitt und betrug rund 65%, womit in 2 von 3 Interventionsfällen eine Verbesserung der bisherigen Situation der Beschwerdeführenden erreicht werden konnte.

Der Hauptschwerpunkt der Tätigkeit lag wie bisher bei den Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von 51%. Eine starke Zunahme der Anfragen und Beschwerden gegenüber dem Vorjahr fand im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung/UVG statt, wo die Fallzahlen von 561 auf 734 angestiegen sind (30.8%). Hier war am häufigsten die Kausalität zwischen einem Unfall und den geltend gemachten Gesundheitsbeschwerden strittig. Die Bearbeitung dieser Fälle erfordert häufig das Studium von sehr umfangreichen Akten.

Die Krankentaggeld-Branche blieb Spitzenreiter bei den Fallzahlen im Privatversicherungsbereich. Hier haben die Anfragen und Beschwerden im Berichtsjahr von 388 auf 409 (5.4%) weiter zugenommen. Schwer nachzuvollziehen war die Praxis eines Krankentaggeldversicherers, der trotz Anwendbarkeit des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeldversicherern in den Vertragsbedingungen die Versicherungsleistungen bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaftskomplikationen für den Fall ausgeschlossen hatte, dass die Schwangerschaft während der Versicherungsdauer beim Vorversicherer begonnen hat.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2023

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	10
- Leben-Bereich	18
- 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	27

Weitere Aktivitäten

30

Statistiken 2023

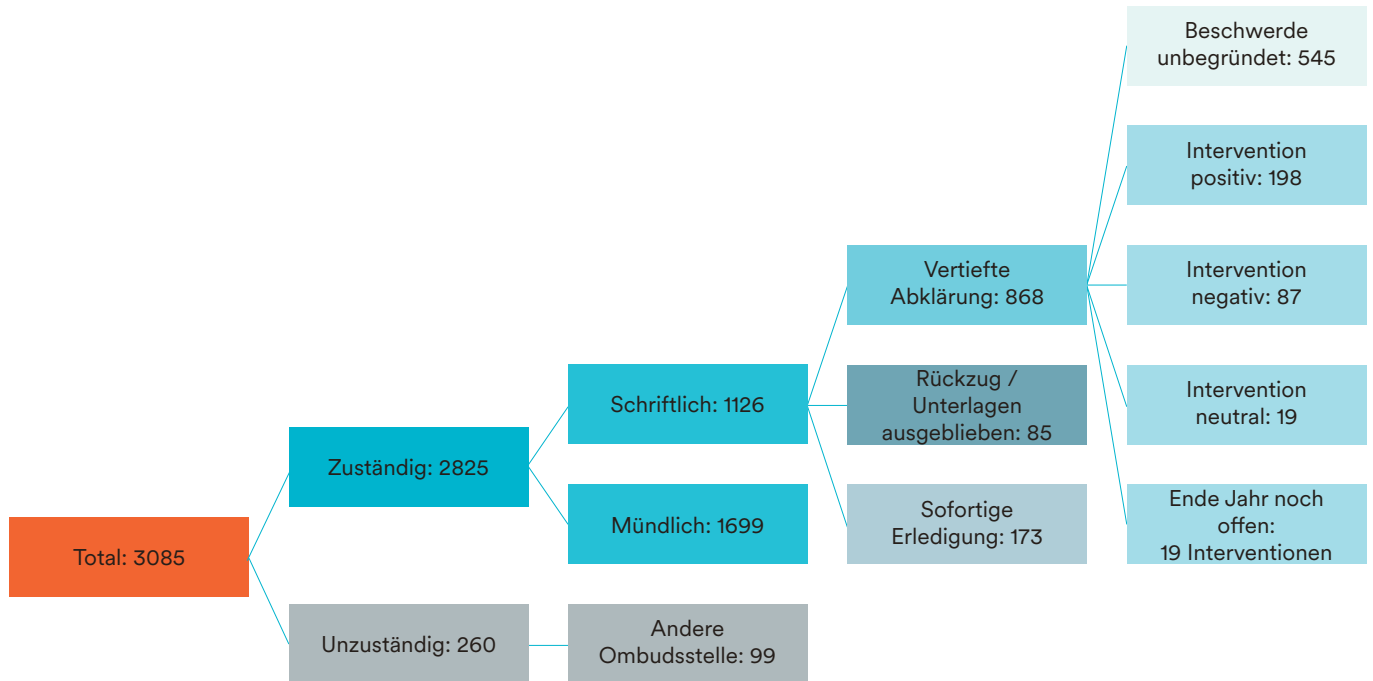
32

Angeschlossene Gesellschaften

33

Übersicht über das Berichtsjahr 2023

Gesamtübersicht



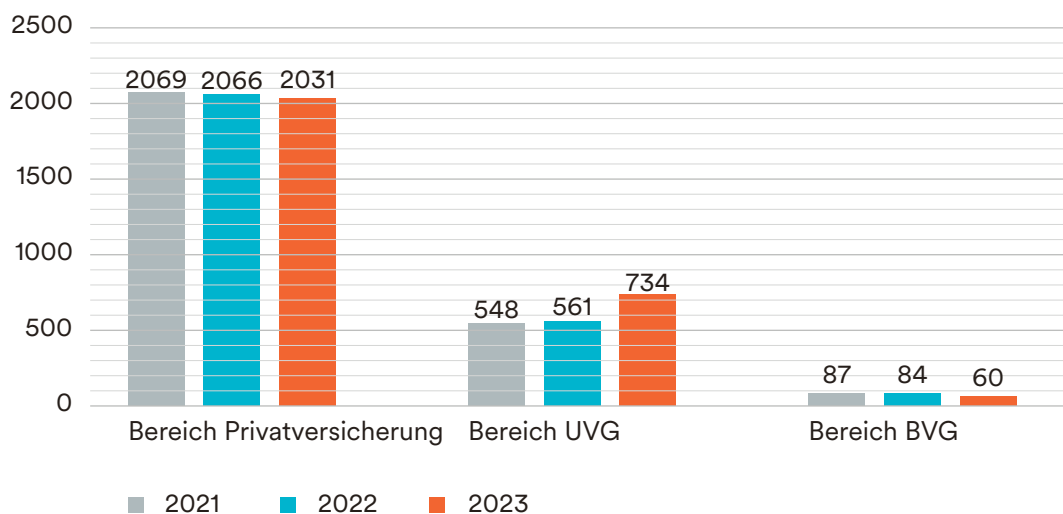
Im Berichtsjahr 2023 wurden der Ombudsstelle 3085 (Vorjahr 2917) Anliegen und Beschwerden unterbreitet. Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen von 2711 auf 2825 (+4.2%) gestiegen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle sind von 206 auf 260 (+26.2%) gestiegen. Sie betreffen wie in den Vorjahren vor allem Krankenkassen-Angelegenheiten, für deren Bearbeitung die Ombudsstelle Krankenversicherung zuständig

ist, sowie Sozialversicherungen, kantonale und ausländische Versicherungen, aber auch autonome BVG-Einrichtungen.

7 Anfragen betrafen die Tätigkeit von Versicherungsbrokern. 13 Beschwerden betrafen Versicherer, die unserer Stiftung nicht angeschlossen sind. Die Tätigkeit unserer Ombudsstelle deckt ca. 99% des Kleinkundengeschäfts der Privatversicherer ab (ausgenommen Krankenkassen).

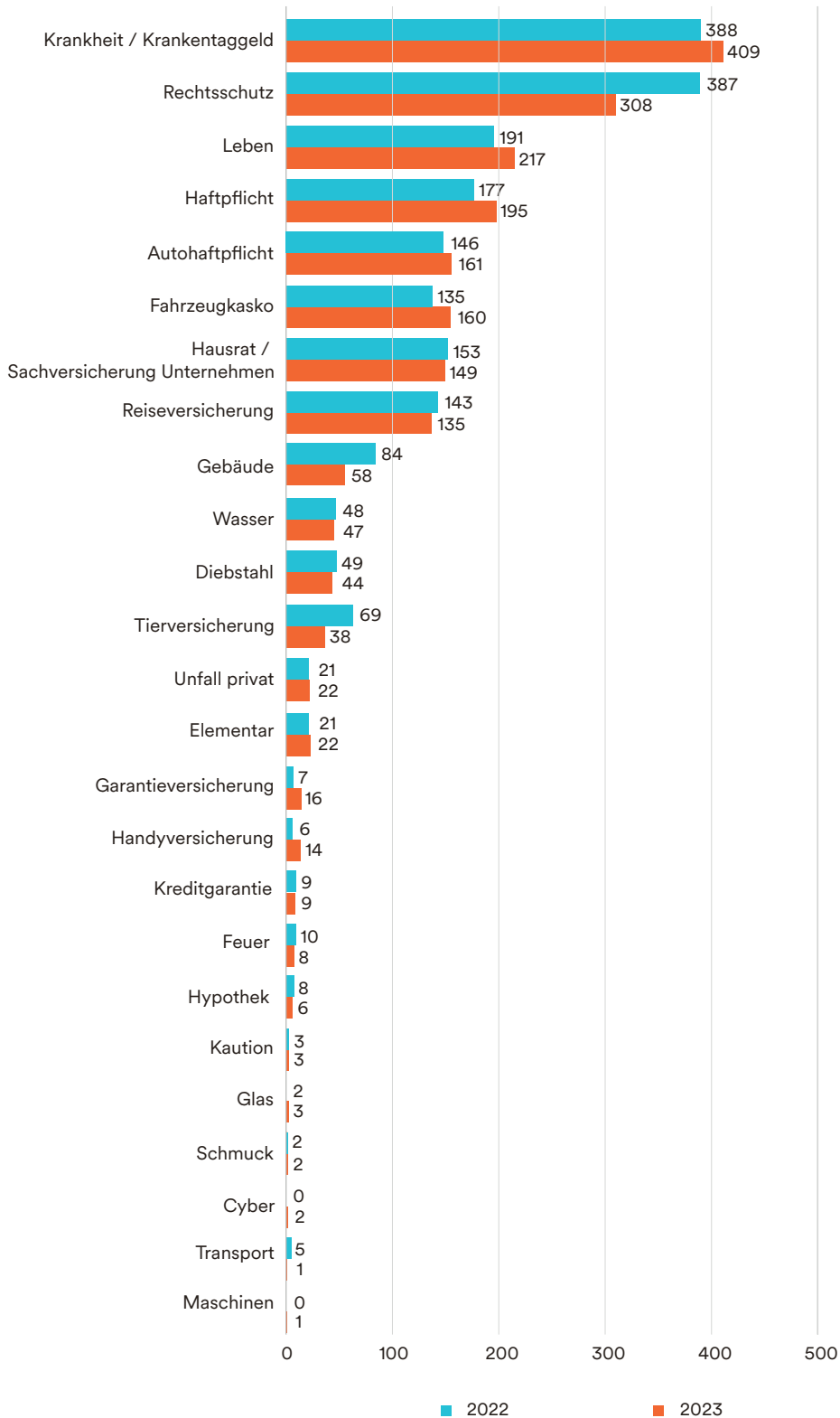
Entwicklung der Fallzahlen



Der Anstieg der Fallzahlen der Ombudsstelle ist massgeblich auf eine Zunahme der Fälle im UVG-Bereich zurückzuführen. Im VVG- und BVG-Bereich sind die Fallzahlen insgesamt leicht gesunken.

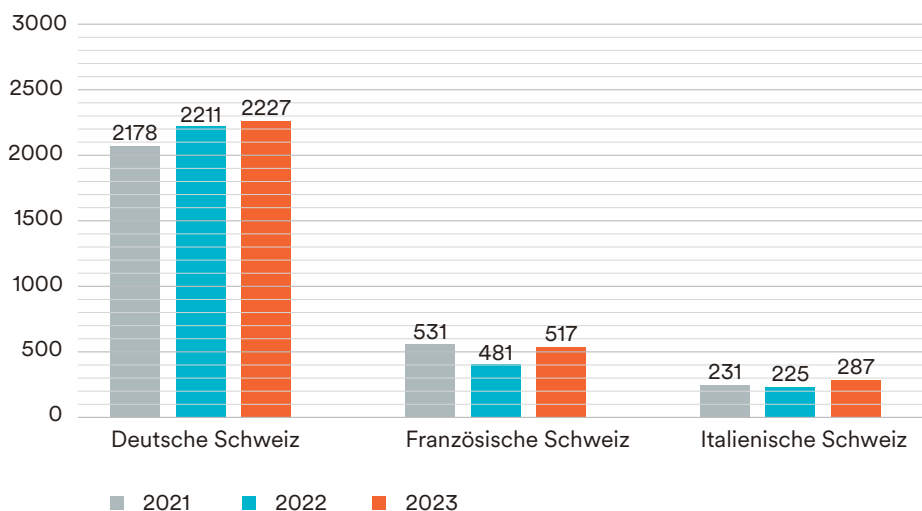
Bei 60% der Fälle, die der Ombudsstelle innerhalb des Zuständigkeitsbereichs unterbreitet wurden, handelte es sich um mündliche Anfragen. Die schriftlich unterbreiteten Beschwerden nahmen im Vorjahresvergleich erneut, d.h. von 1030 auf 1126 (+9.3%) zu.

Anliegen und Beschwerden pro Branche / VVG-Bereich

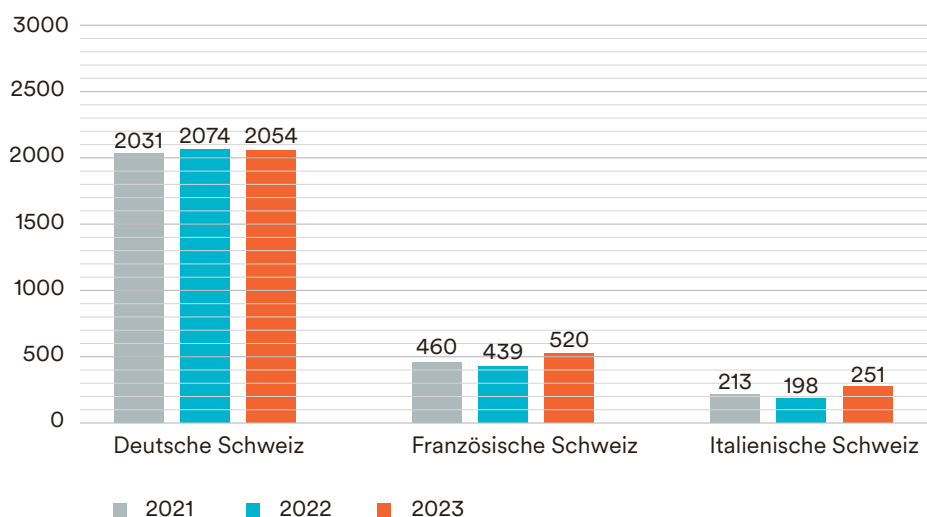


Aufgliederung der Anfragen nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total



Gesuche im Zuständigkeitsbereich



Die Zunahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 2711 auf 2825 (+4.2%) betraf insbesondere die Zweigstellen in der französisch-

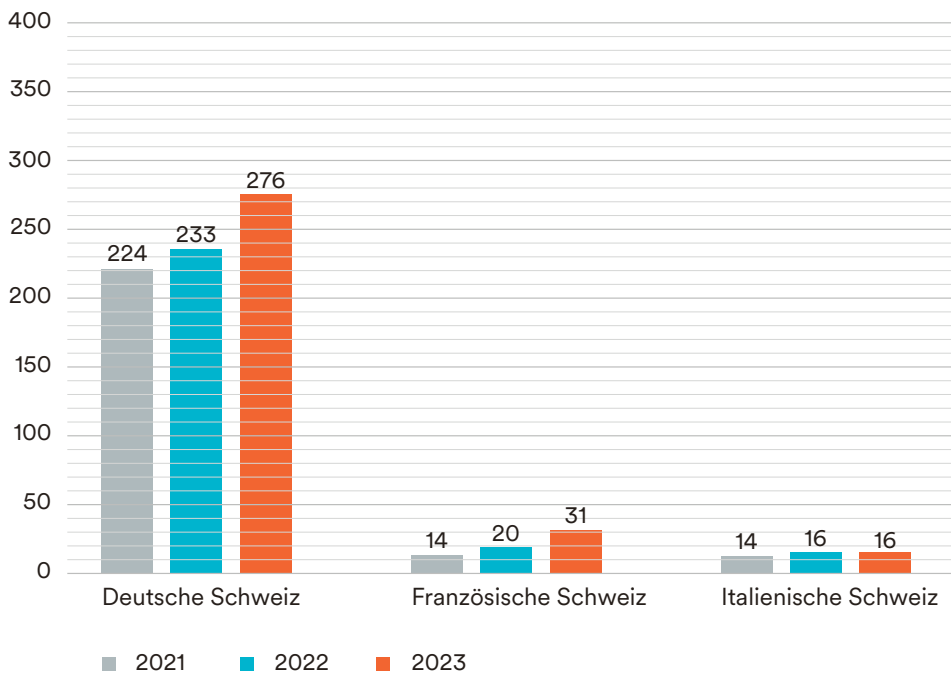
sprachigen (+18.4%) und der italienisch-sprachigen Schweiz (+26.7%). Am Hauptsitz in Zürich sind sie leicht gesunken (-0.9%).

Interventionsfälle

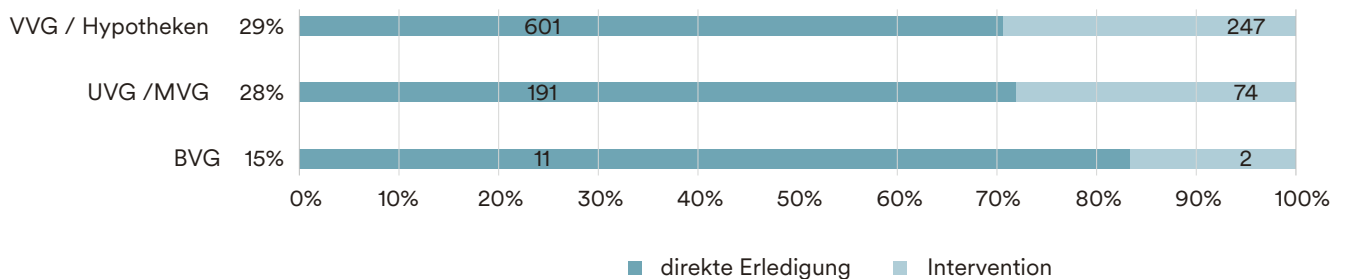
Das Total der Interventionsfälle ist bei gleichbleibender Interventionspolitik von 269 auf 323 (+20%) gestiegen.

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

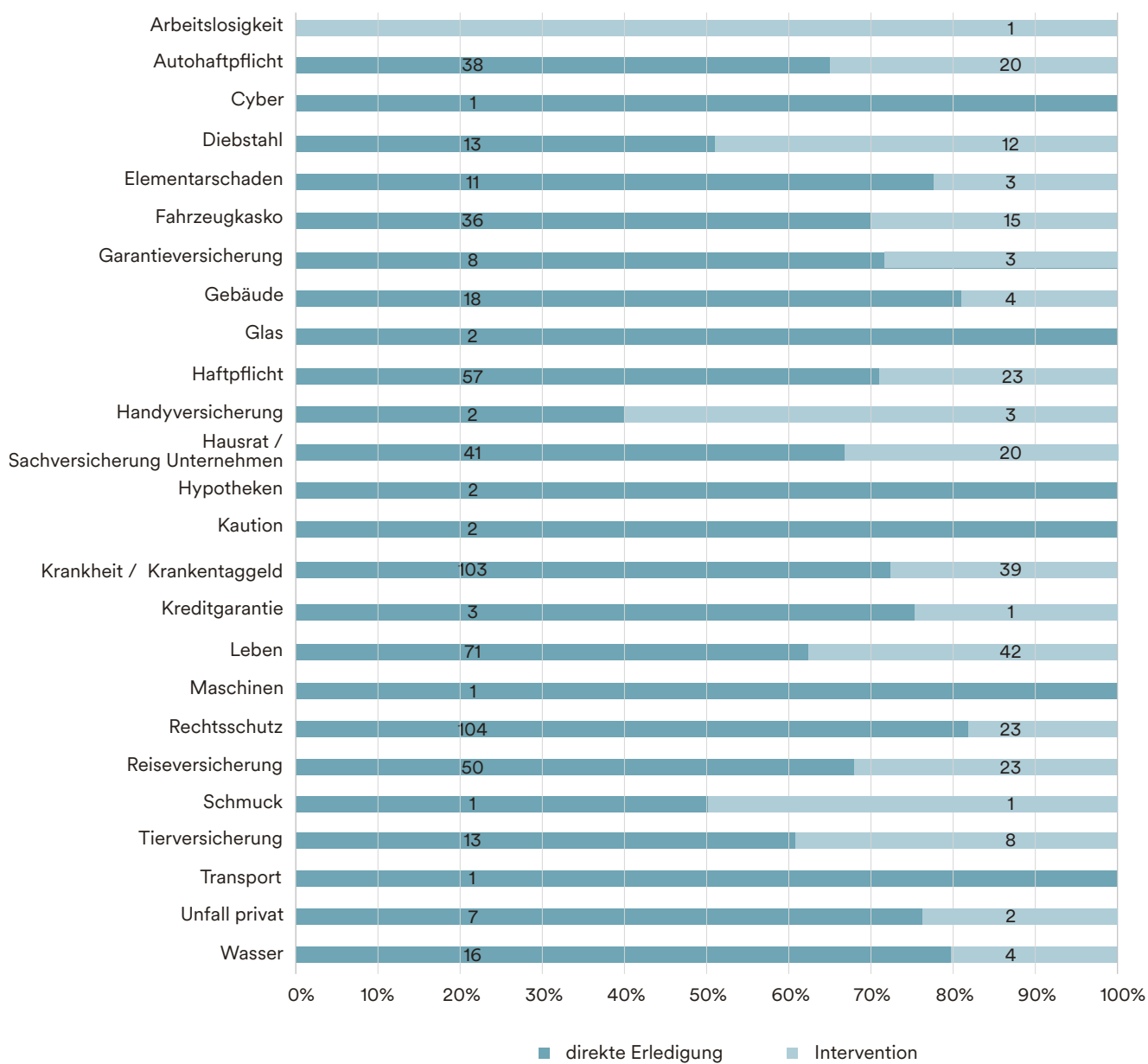
Interventionszahlen



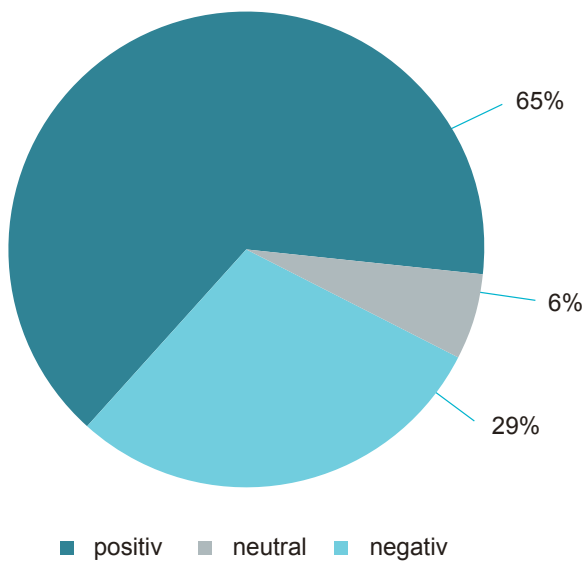
Interventionsquote (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)



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



Erfolgsquote bei Interventionen über alle Bereiche



Das Ergebnis der per Ende 2023 abgeschlossenen 304 (Vorjahr 254) Interventionen war in 198 (167) Fällen positiv und in 87 (70) Fällen negativ. In 19 (17) Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. Hinzu kommen 19 Interventionsfälle, die Ende 2023 noch nicht abgeschlossen werden konnten.

Die Erfolgsquote der Interventionen beträgt somit rund 65% (66%).

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 meistens gut bis sehr gut.

Die Zusammenarbeit hängt wesentlich von der Arbeit der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsmann bei den Versicherern ab. Der Ombudsmann hat bei den meisten Gesellschaften eine direkte Ansprechperson auf Direktions- oder Geschäftsleitungsebene. Dieses seit Jahrzehnten bewährte Ansprechpartner-Prinzip soll sicherstellen, dass sich auf Seite des Versicherers ein Entscheidungsträger mit den nötigen Kompetenzen mit dem unterbreiteten Beschwerdefall befasst. Die Kontaktperson soll zudem gewährleisten, dass die Angelegenheit auch auf Seiten des Versicherers möglichst unbefangen, neutral und mit neuen Augen, d.h. durch eine bisher noch nicht in die Fallbearbeitung involvierte Person in Wiedererwägung gezogen wird.

Die Qualität der Stellungnahmen war in der überwiegenden Zahl der Interventionsfälle fundiert und nachvollziehbar. Unbefriedigend war die Zusammenarbeit lediglich in Einzelfällen. Dies war beispielsweise

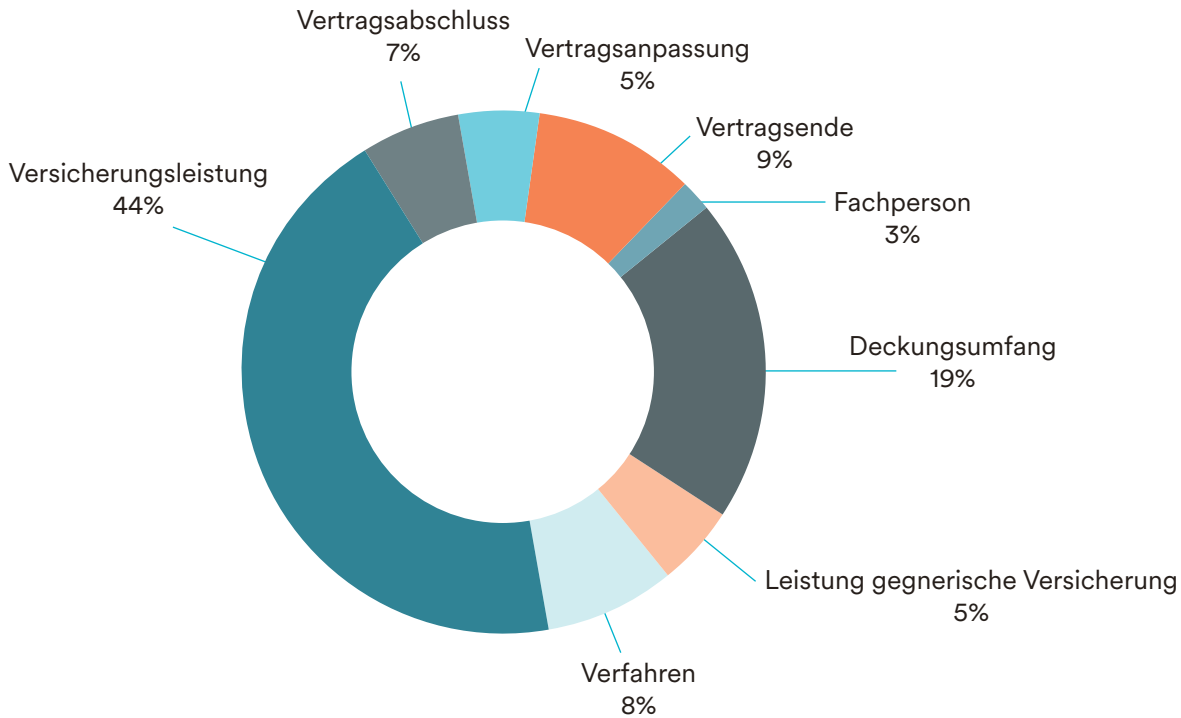
dann der Fall, wenn Stellungnahmen zu schematisch und mit allzu wenig Bezug auf den Einzelfall abgegeben wurden.

Die Bearbeitungsdauer der Interventionsfälle gab bei den meisten Versicherern zu keinen Beanstandungen durch den Ombudsmann 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 Ombudsmann erwartet, dass sich diese Situation insbesondere bei Beschwerden von Versicherten wegen allzu langer Bearbeitungsdauer eines Schadenfalls noch weiter verbessert. In solchen Fällen ist es zentral, dass der Versicherer speditiv antwortet, wenn er das bereits beeinträchtigte Vertrauen seines Kunden wiederherstellen will.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

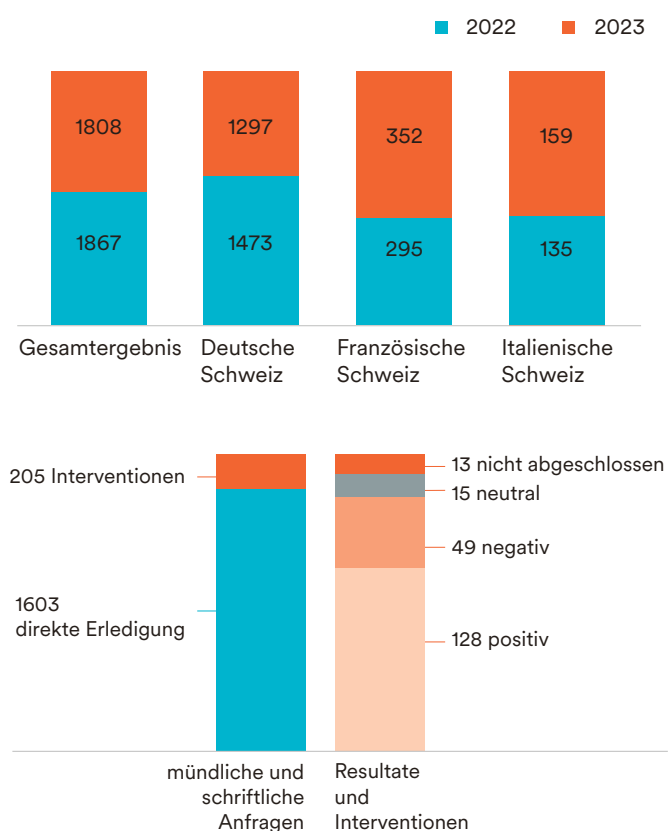
Der Bereich Privatversicherungen



Die Mehrheit der Anfragen im Privatversicherungsbereich drehen sich um Probleme im Zusammenhang mit Leistungsfragen, gefolgt von Anfragen bezüglich Deckungsumfang, Vertragsende, Verfahrensbeschwerden und Vertragsanpassung.

Wird die Beschwerde führende Partei durch eine Fachperson vertreten, hat sie bereits Zugang zum Recht. Gegebenenfalls kann die Ombudsstelle die Beschwerde mangels Zuständigkeit nicht (weiter) bearbeiten.

Nichtleben-Bereich



Obschon die Anzahl der Anfragen und Beschwerden an die Ombudsstelle in einzelnen Branchen des Nichtleben-Bereichs gestiegen sind, sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich insgesamt von 1867 auf 1808 (-3.1%) gesunken.

Fahrzeug-Kasko – Schäden aufgrund von Schadenverhütungsmassnahmen gehören nicht zum allgemeinen Deckungsumfang der Elementarschadenversicherung

Ein eher atypischer Fall betraf einen Versicherten, der in Kroatien in den Ferien weilte. Anfang August 2023 wollte er aufgrund einer regionalen Gewitterwarnung (Alarmstufe rot) sein Auto vor dem von ihm erwarteten

Hagel schützen, indem er dieses mit Woldecken abdeckte. Leider trat über die Woldecken, die er in den Fahrzeurtüren eingeklemmt hatte, Wasser in den Fahrzeuginnenraum ein. Am nächsten Tag zeigte die Elektronik verschiedene Störungen an, weshalb seine Autovertretung vor Ort von einer Rückfahrt in die Schweiz abriet. Der Versicherte liess sein Auto daher in die Schweiz zurückführen und meldete den Schadenfall seiner Motorfahrzeug-Versicherung. Diese lehnte den Schadenfall ab und machte geltend, es liege kein versichertes Ereignis vor.

Nach Prüfung des Falles musste der Ombudsman dem Versicherten mitteilen, dass gemäss den massgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB nur unmittelbare Folgen von Elementarereignissen versichert sind, wozu ein Sturm mit einer Windgeschwindigkeit von mindestens 75 km/h, Hagel, Hochwasser und Überschwemmungen zählen.

Der Versicherte konnte keinen Beleg beibringen, wonach es in der fraglichen Nacht effektiv gehagelt hat. Selbst wenn er diesen Nachweis hätte erbringen können, hätte gegenüber dem Versicherer nicht geltend gemacht werden können, dass es sich beim Wasserfolgeschaden im Auto um eine unmittelbare Folge eines Elementarereignisses handelte. Dies weil der Wasserschaden im Fahrzeuginnenraum nicht direkt ohne Zwischenstufe, sondern nur aufgrund der in den Fahrzeurtüren eingeklemmten Decken eintreten konnte.

Da der Wasserfolgeschaden im Wageninnern lediglich eine nicht versicherte mittelbare Folge des Unwetters war, konnte der Ombudsman aufgrund seiner neutralen Funktion beim Versicherer nicht intervenieren. Der Fall war auch für die Ombudsstelle unbefriedigend, weil der Versicherte Massnahmen zur Schadenverhütung treffen wollte, was im konkreten Fall leider zu einem Schaden führte. Weil der Versicherte nicht belegen konnte, dass es in der fraglichen Nacht tatsächlich hagelte, bestand auch kein Vermittlungsspielraum mit dem Argument, dass die

Massnahmen des Versicherten dem Versicherer immerhin einen gedeckten Hagelschaden erspart hatten, was eine Beteiligung am Wasserfolgeschaden aus Gründen der Fairness rechtfertige.

Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung für landwirtschaftliche Fahrzeuge – Das Benutzen des Fahrzeugs trotz hinterlegter Kontrollschilder kann zu Problemen führen

Im Berichtsjahr hatte sich die Ombudsstelle mit einem Fall zu befassen, der aufzeigte, dass einigen Landwirten nicht bekannt sein dürfte, wo sie ihr landwirtschaftliches Motorfahrzeug nach Hinterlegung der Kontrollschilder noch benutzen dürfen. Konkret ging es um einen Landwirt in einem Berggebiet, der die Kontrollschilder seines landwirtschaftlichen Transporters über die Wintermonate 2022/2023 beim Strassenverkehrsamt hinterlegt hatte. Als er mit seinem Transporter aus dem Heustall fahren wollte, geriet der Hund eines Bekannten unter das Fahrzeug, wobei sich dieser ein Bein brach und zum Tierarzt musste. Sein Betriebshaftpflicht- und Motorfahrzeug-Versicherer lehnte eine Beteiligung an den tierärztlichen Behandlungskosten von ca. CHF 4'000.- ab, weil er den Hund gemäss Schadenmeldung vor dem Stall auf einer öffentlichen Strasse überfahren habe.

Der Versicherte wandte sich deshalb an die Ombudsstelle und teilte dieser mit, dass angesichts der Schneeverhältnisse im Berggebiet viele Bauernbetriebe die Nummernschilder ihrer landwirtschaftlichen Fahrzeuge während der Wintermonate hinterlegen. Er habe dies auch so gehandhabt und sich diesbezüglich sogar bei der Verkehrspolizei vergewissert. Zudem habe ihn sein Versicherer nie darauf hingewiesen, dass Schäden auf eigenem Grund weder über die Fahrzeug- noch die Betriebsversicherung gedeckt seien.

Bei der Prüfung der Beschwerde des Versicherten stellte die Ombudsstelle fest, dass dieser in der Schadenmeldung nicht konkretisiert hatte, wo genau der Un-

fall passiert war. Er führte lediglich aus, der Unfall sei auf seinem Land eingetreten.

Der Ombudsman wurde daher beim Versicherer vorstellig und machte geltend, dass die Versicherungsdeckung bejaht werden müsse, wenn der Unfall in der Scheune verursacht wurde, weil der Versicherte gegebenenfalls nicht eine öffentliche Strasse befahren hat.

Weiter wies der Ombudsman in seiner Intervention darauf hin, dass vielen Landwirten offenbar nicht bewusst ist, was «öffentliche Strasse bzw. öffentlicher Raum» in Bezug auf die Benutzung ihrer landwirtschaftlichen Fahrzeuge auf dem Hofgelände konkret bedeutet. Ebenfalls nicht, welche Konsequenzen es hat, wenn man mit den nicht eingelösten Fahrzeugen auf dem Hofgelände oder auf Strassenabschnitten im Privateigentum einen Schaden gegenüber Dritten verursacht. Gemäss Art. 1 Abs. 1 VRV gelten auch private Strassenabschnitte als öffentliche Strassen, wenn diese nicht ausschliesslich dem privaten Gebrauch dienen. Viele Versicherte dürften daher auch keine Kenntnis davon haben, dass es nicht zulässig ist, ein landwirtschaftliches Motorfahrzeug mit hinterlegten Kontrollschildern auch nur für ein paar wenige Meter auf der entsprechenden Privatstrasse zu benützen, bevor man diese beispielsweise verlässt, um Arbeiten auf dem Feld auszuführen. Dementsprechend schlug der Ombudsman dem Versicherer nicht nur vor, bezüglich der Behandlungskosten des verletzten Hundes entgegenzukommen, sondern auch, die vorvertraglichen Informationen nach Art. 3 VVG auszuweiten und die Versicherungsnehmer über die versicherungsrechtlichen Folgen zu informieren, wenn man die Kontrollschilder über die Wintermonate hinterlegt.

Nach Neuüberprüfung des Falles entschuldigte sich der Versicherer für die fehlerhafte Interpretation des Sachverhalts und teilte dem Ombudsman mit, dass er mit dem geschädigten Tierhalter bezüglich der Regelung der Haftungsquote Kontakt aufnehme. Des Weiteren gab er bekannt, eine allfällige Anpassung der vorvertraglichen Informationen zu prüfen.

Empfehlung an motorfahrzeug-versicherte Landwirte

Klären Sie vor der allfälligen Hinterlegung der Kontrollschilder Ihrer landwirtschaftlichen Fahrzeuge ab, ob die Aufrechterhaltung des Betriebs in den Wintermonaten Fahrten auf Flächen und Strassenabschnitten erfordert, welche nicht ausschliesslich dem privaten Gebrauch dienen.

Empfehlung an die Versicherer von landwirtschaftlichen Motorfahrzeugen

Prüfen Sie eine Ausweitung der vorvertraglichen Informationen nach Art. 3 VVG an die Versicherungsnehmer in Bezug auf die versicherungsrechtlichen Folgen einer saisonalen Hinterlegung der Kontrollschildnummern von Landwirtschaftsfahrzeugen.

Privathaftpflichtversicherung – Direktes Forderungsrecht nach Art. 60 Abs. 1bis VVG

Vereinzelte hatten wir uns mit Fragen im Zusammenhang mit dem per 1.01.2022 in Kraft getretenen teilrevidierten VVG zu befassen, insbesondere dem direkten Forderungsrecht nach Art. 60 Abs. 1bis VVG.

Einer dieser Fälle wurde uns von einem Ehepaar eingereicht, auf dessen Nachbargrundstück gebaut wurde. Ein Chauffeur der Baufirma war in ihren angrenzenden Zaun gefahren, wodurch dieser erheblich beschädigt wurde. Die Betriebshaftpflichtversicherung der Baufirma hat sich zwar bereit erklärt, den Schaden abzüglich eines Selbstbehalts von CHF 1'000.- zu übernehmen. Bezüglich des Selbstbehalts verwies der Versicherer sie jedoch an die Baufirma.

Damit waren die Geschädigten nicht einverstanden. Nach erfolglosen Einigungsversuchen mit dem gegnerischen Versicherer wandten sie sich an die Ombudsstelle und machten weiterhin geltend, dass das seit der letzten

Gesetzesänderung bestehende direkte Forderungsrecht ihrer Meinung nach (analog zur Regelung bei Motorfahrzeug-Haftpflichtfällen) auch für den Selbstbehalt gelten sollte, und dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB zur massgebenden Betriebs-Haftpflichtversicherung diesbezüglich nicht eindeutig seien.

Die Ombudsstelle musste den Beschwerdeführern nach Prüfung des Falles mitteilen, dass sie den Standpunkt des Versicherers teilt, weil dieser der gesetzlichen Regelung in Art. 60 Abs. 1bis VVG entspricht: «Dem geschädigten Dritten oder dessen Rechtsnachfolger steht im Rahmen einer allfällig bestehenden Versicherungsdeckung und unter Vorbehalt der Einwendungen und Einreden, die ihm das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrags entgegenhalten kann, ein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Versicherungsunternehmen zu». Zudem musste die Ombudsstelle den Beschwerdeführern mitteilen, dass sich der Versicherer auch auf eine entsprechende vertragliche Grundlage in den AVB berufen kann, wonach er den Selbstbehalt an den Geschädigten ausrichten kann, aber nicht muss.

Abschliessend informierte die Ombudsstelle die Geschädigten auch darüber, dass das direkte Forderungsrecht nach Art. 65 SVG (Bundesgesetz über den Strassenverkehr) insofern anders geregelt ist, als der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer den Geschädigten keine Einreden und Einwendungen aus dem Versicherungsvertrag oder dem VVG entgegenhalten darf.

Fazit: Die Einführung des direkten Forderungsrechts im VVG hat nicht zur Folge, dass der Versicherer den Geschädigten gegenüber eine höhere Entschädigung leisten müsste, als er dies gegenüber den eigenen Versicherten tun müsste, wenn diese die Entschädigung für den von ihnen verursachten Schaden selber einfordern würden.

Hausratversicherung – Wasserfolgeschaden an einem Spannteppich – Gebäudebestandteil oder Hausrat?

Im Berichtsjahr hatten wir uns sowohl bei Personenversicherungen als auch bei Sachversicherungen vermehrt mit Fällen zu befassen, in welchen zwei Versicherer involviert waren, die jeweils den anderen Versicherer als leistungspflichtig bezeichneten.

Einer dieser Fälle betraf den Besitzer eines Einfamilienhauses. Beim WC-Spülkasten im Parterre wurde eine Anschlussschraube in zwei Teile gerissen, worauf Wasser ausfloss, über den Spülkasten austrat und in den Bereich des Haus-Eingangs, der Küche, des Wohnzimmers, der Kellertreppe und des Kellers geriet.

Für den Gebäude-Wasserschaden war der Versicherte bei einem kantonalen Gebäudeversicherer versichert und für den Hausrat-Schaden bei einem Privatversicherer. Strittig war die Frage, welcher der beiden Versicherer die Kosten für den durch das versicherte Ereignis beschädigten Spannteppich übernehmen muss. Der kantonale Gebäudeversicherer verwies an den Hausratversicherer, weil der Spannteppich lose verlegt worden war. Der Hausratversicherer stellte sich auf den Standpunkt, dass es sich beim Spannteppich um einen Gebäudebestandteil handle, der nicht via Hausratversicherung versicherbar sei.

Der Versicherte wandte sich daher an den Ombudsman und beschwerte sich gegen den Hausratversicherer. Nach Prüfung des Sachverhalts wurde der Ombudsman beim Hausratversicherer vorstellig und teilte diesem mit, dass es sich bei einem lose verlegten Spannteppich sachenrechtlich nicht um einen Gebäude-Bestandteil handelt. Bei einem lose verlegten Spannteppich handelt es sich auch nicht um einen zur Grundausstattung des Gebäudes gehörenden Gegenstand, wie dies beispielsweise bei einer Zimmer-Türe der Fall wäre, die relativ einfach aus den Angeln gehoben werden kann. Dies müsse

erst recht in einem Fall wie dem Vorliegenden gelten, in welchem der Spannteppich lose über einem Parkettboden verlegt worden war.

Eine entsprechende funktionale Zugehörigkeit zum Gebäude betrachtete der Ombudsman auch deshalb als fraglich, weil der Spannteppich gemäss den Angaben des Versicherten zwar bündig verlegt war, aber nur bis zur Wohnwand und nicht unter dieser hindurch bis zur Zimmerwand. Auch aus diesem Grund gehe er nicht von einer funktionalen Zugehörigkeit zum Gebäude, sondern von einer beweglichen Sache aus. Diese könne beispielsweise mit einem lose abgestellten Kleinschrank unter einem Lavabo in einem Badezimmer verglichen werden, der so zugeschnitten wurde, dass er gut unter das Lavabo passt, und der beispielsweise bei einem Umzug in eine neue Wohnung mitgenommen werden kann.

Weiter machte der Ombudsman geltend, dass der lose Spannteppich gemäss Begriffsdefinition in den AVB zum Hausrat gehöre: «Hausrat umfasst alle dem privaten Gebrauch dienenden beweglichen Sachen, insbesondere solche, die dem Zwecke des Wohnens ... dienen...» Man könne vorliegend aber durchaus auch von einem Grenzfall ausgehen. Ungeachtet dessen frage sich die Ombudsstelle, ob der Hausratversicherer aus den dargelegten Gründen nicht entgegenkommen oder zumindest mit dem kantonalen Gebäudeversicherer nach einer gemeinsamen Lösung suchen sollte, damit der Versicherte nicht «zwischen Stuhl und Bank» falle.

Nach Neuüberprüfung des Falles lenkte der Hausratversicherer ein, indem er das Vorliegen eines Grenzfalls anerkannte und bestätigte, dass dieser nicht zu Ungunsten seines Versicherungsnehmers beurteilt und der eingetretene Schaden dementsprechend reguliert wird.

Branche Reiseversicherung – rudimentär begründete ärztliche Reise-Annullationsbestätigungen führen regelmässig zu Problemen, wenn bereits bei der Reisebuchung gesundheitliche Probleme vorhanden sind

Häufig sind Probleme mit dem Reiseversicherer auf allzu rudimentäre ärztliche Bescheinigungen zur Reiseunfähigkeit einer versicherten Person zurückzuführen. In einem Fall buchte eine Versicherte im Dezember 2022 für sich, ihren Ehemann und ihre Schwiegereltern eine Reise nach Kenya im Mai 2023. Diese musste zwei Tage vor dem geplanten Reiseantritt annulliert werden, worauf sie die Reise auf September 2023 verschob.

Die Umbuchungskosten betrugen rund CHF 11'900.-. Der Versicherer lehnte die beantragten Leistungen ab, da die Versicherte bereits zur Zeit der Buchung gesundheitliche Beschwerden hatte. Damit war das versicherte Ehepaar nicht einverstanden. Der Versicherer berief sich auf die AVB, wonach Ereignisse nicht versichert sind, die bei Abschluss der Versicherung bzw. Buchung der Reiseleistung bereits eingetreten sind oder erkennbar waren. Vorbehalten bleiben die Bestimmung bei unerwarteter akuter Verschlimmerung chronischer Krankheiten. Der Versicherer argumentierte in erster Linie mit der Erkrankung der Ehefrau. Er berücksichtigte aber nicht, dass ihre leichten Beschwerden zum Zeitpunkt der Reisebuchung nicht zur Annullierung der Reise geführt haben. Dieser Irrtum dürfte darauf zurückzuführen gewesen sein, dass der Versicherer sich auf die undatierte Mitteilung einer Ärztin abstützte, aus welcher nicht klar hervorging, auf welche Krankheit sich die Beschwerden der versicherten Ehefrau im Zeitpunkt der Reisebuchung bezogen haben.

Die Versicherte wandte sich an die Ombudsstelle und legte dieser dar, dass die Annullierung wegen einer anderen Krankheit erfolgt sei, und dass auch ihr Mann kurz vor dem geplanten Reiseantritt hospitalisiert werden musste.

In der Folge brachte sie auf Empfehlung der Ombudsstelle weitere Arztberichte bei. Aus diesen war ersichtlich, dass die leichten gesundheitlichen Beschwerden der Versicherten bei der Reisebuchung (abklingende Schilddrüsenentzündung) keinen Zusammenhang mit der Erkrankung hatten, welche die Annullierung der Mitte Mai geplanten Reise erforderte, und dass die Versicherte bei der Reisebuchung keine Hinweise bzw. keinen Verdacht bezüglich eines Tumors des Nebennierenmarks haben konnte. Den Tumor habe man erst im Frühjahr 2023 diagnostiziert. Mit den weiteren Arztberichten konnte sie insbesondere auch belegen, dass der Ehemann zwar seit Geburt an einer chronischen Lungenkrankheit leidet, der Gesundheitszustand aber seit Jahren stabil ist und mit keiner Invalidität einhergeht. Der akute Infekt vom Mai 2023, der einen stationären Spitalaufenthalt erforderte, sei nicht vorhersehbar gewesen.

Nach Neuüberprüfung des Falles kam der Reiseversicherer doch noch entgegen und vergütete die geltend gemachten Annullationskosten für die Versicherte und ihren Ehemann. Die Schwiegereltern hatten keine Deckung über die Police der Versicherungsnehmerin, da sie mit ihr nicht im gleichen Haushalt lebten.

Empfehlungen an die Versicherten

1. Sollten Sie an einer chronischen Krankheit leiden, empfehlen wir Ihnen, sich bereits vor der Reisebuchung beim behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zu erkundigen, ob Sie reisefähig sind, und sich gegebenenfalls eine Bescheinigung für Ihre Reisefähigkeit im Zeitpunkt der Reisebuchung ausstellen zu lassen.
2. Falls Sie eine Reise aus gesundheitlichen Gründen annullieren müssen, empfehlen wir Ihnen, ein begründetes ärztliches Attest zur Reiseunfähigkeit ausstellen zu lassen, in welchem auch die gestellte Diagnose aufgeführt ist.

Diebstahlversicherungen – Für Besitzer von teuren Fahrrädern und E-Bikes kann sich die Überprüfung der eigenen Versicherungssituation lohnen

Die Beschwerden von Fahrrad-Besitzern gegen Hausrat-Versicherer, die den Schaden nach einem erlittenen Fahrrad-Diebstahl nur teilweise vergüten wollten, haben in den letzten Jahren zugenommen.

In einem dieser Fälle wandte sich ein Betroffener an die Ombudsstelle, dessen Fahrrad aus dem gemeinsamen Veloraum einer Reihen-Einfamilienhaus-Siedlung gestohlen worden war. Er berichtete, dass ihm sein Hausrat-Versicherer lediglich eine Entschädigung von CHF 2'000.- zahlen wolle, obschon das E-Bike einen Wert von CHF 4'000.- habe. Seiner Meinung nach handle es sich um einen Diebstahl zu Hause, weil der Veloraum sich nur in 7 Meter Entfernung von der Haustüre befinde und gemäss Grundbuch ebenfalls zum Haus gehöre.

Bei der Prüfung des Falles stellte die Ombudsstelle fest, dass es sich um einen nicht abgeschlossenen Veloraum und Vorraum zum Luftschutzkeller handelte. Dieser ist laut Auskunft des Versicherten öffentlich zugänglich, und Einbruchspuren waren dementsprechend nicht vorhanden. Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB handelt es sich immer dann um einen einfachen Diebstahl, wenn es sich weder um einen Einbruchdiebstahl noch um eine Beraubung handelt. Bei einem Einbruchdiebstahl müsste es Einbruchspuren geben, und der Täter müsste gewaltsam in das Gebäude oder in den Raum eines Gebäudes eingedrungen sein.

Die Ombudsstelle musste dem Betroffenen daher mitteilen, dass seine Police für einfachen Diebstahl auswärts eine Versicherungsdeckung von maximal CHF 2'000 vorsieht. Unabhängig davon, dass sich der Veloraum auf dem Gelände der Reiheneinfamilienhäuser befindet, auf welchem der Versicherte selber ein Einfamilienhaus bewohnt, lag ein einfacher Diebstahl auswärts vor. Es han-

delt sich um einen öffentlich zugänglichen Raum, der sich zudem nicht an der als versicherter Standort aufgeführten Hausnummer befindet. Der Ombudsman konnte die Position des Versicherers in rechtlicher Hinsicht nicht beanstanden.

Empfehlung an die Besitzer von teuren Fahrrädern inklusive E-Bikes

Klären Sie mit Ihrem Versicherungsberater ab, ob die Diebstahl-Deckung ausreichend ist bzw. dem Neuwert des Fahrrads entspricht. Prüfen Sie insbesondere auch, ob eine gemeinsame Tiefgarage bzw. eine gemeinsamer Veloraum zum versicherten Standort gehört.

Tierversicherungen – Auslegungstreit bezüglich der Handhabung einer Selbstbehaltsregelung

Die Anzahl von Beschwerden gegen Tierversicherer gingen im Berichtsjahr (von 69 auf 38) erneut stark zurück. Verschiedene Anfragen betrafen die Handhabung der vertraglichen Selbstbehaltsregelung durch den Versicherer. Einer dieser Fälle betraf die Versicherungsleistungen bezüglich Vorbeugung und Früherkennung.

Die Beschwerdeführerin berichtete, dass ihr Hund im Jahr 2022 drei Untersuchungen für Vorbeugung und Früherkennung für insgesamt CHF 995.65 gehabt habe. Ihr Versicherer habe bei der Schadenabwicklung die Versicherungsbedingungen dahingehend interpretiert, dass er von der maximalen Leistung von CHF 300.- zunächst den Selbstbehalt von CHF 200.- in Abzug bringen müsse und danach 90% entschädige. Dies seien in ihrem Fall lediglich CHF 90.-.

Damit sei sie nicht einverstanden. Sie verstehe die Versicherungsbedingungen dahingehend, dass von diesen Kosten von CHF 999.65 zunächst der Selbstbehalt von CHF 200.- abgezogen wird, und dass der Versicherer dann 90% des verbleibenden Betrags bis zur maximalen Leistung von CHF 300.- bezahlt.

Der Ombudsman hatte Verständnis für das Anliegen der Versicherungsnehmerin. Der jährliche Selbstbehalt betrug gemäss ihrer Police für den versicherten Hund CHF 200.- und die versicherte Kostenübernahme 90%. Die Zusatzbedingungen/ZB zur Police sahen zudem vor, dass die Kosten für Vorbeugung und Früherkennung, wie beispielsweise Impfungen, Kastration, Sterilisation, Wurmkuren etc. oder tierärztlich verschriebene Nahrungsergänzungsmittel, unter Abzug des gewählten Selbstbehalts bis zu einer Höchstgrenze von CHF 300.- pro Versicherungsjahr versichert sind.

Der Ombudsman intervenierte daher beim Versicherer, welcher nach einem Austausch mit der Ombudsstelle entgegenkam und die Differenz zwischen dem bereits bezahlten Betrag und dem Betrag von CHF 300.- an die Versicherungsnehmerin vergütete.

Branche Krankentaggeld

In der Branche Krankentaggeld sind die Fallzahlen nach einem Rückgang in den Vorjahren wieder gestiegen (von 388 auf 409). Wie in den Vorjahren handelte es sich überwiegend um Fälle, in denen die Arbeitsunfähigkeit und die Dauer der Versicherungsleistungen aufgrund von psychischen Krankheiten strittig war. Die Bearbeitung dieser Fälle ist in aller Regel aufwändig, weil häufig unterschiedliche Ärztemeinungen zur Arbeitsunfähigkeit oder dem Grad der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit bestehen. Da die Ombudsstelle kein medizinisches Personal beschäftigt, muss sie die Versicherten oft bitten, vom behandelnden Facharzt noch einen neuen begründeten Bericht zur Arbeitsunfähigkeit beizubringen, in welchem dieser auch Stellung zur Beurteilung durch den vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers nimmt.

Ein weniger komplexer, aber nicht weniger wichtiger Interventionsfall betraf einen Versicherten, der im Juni 2022 während seiner Anstellung bei einem Detailhändler psychisch erkrankte. Nachdem sein Krankentaggeld-Versicherer zunächst die vertraglichen Leistungen erbracht

hatte, teilte ihm dieser im Februar 2023 mit, dass gemäss dem beratenden Arzt der Gesellschaft keine Indikation zur Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder eine andere Therapieform bestehe. Eine Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz als LKW-Chauffeur sei aus Sicherheitsgründen jedoch nicht sinnvoll. Für Arbeiten ohne hohe Anforderungen an die kognitiven Kompetenzen und insbesondere ohne das Führen von schweren Maschinen, wie beispielsweise in einer Tätigkeit im Lagerbereich, bestehe ab dem Untersuchungszeitpunkt (Ende Januar 2023) eine volle Arbeitsfähigkeit. Damit er sich beruflich neu orientieren könne, erhalte er noch bis maximal Mitte Mai 2023 Taggelder.

Damit war der Versicherte nicht einverstanden. Er wandte sich Mitte April 2023 an die Ombudsstelle und informierte sie insbesondere darüber, dass er sich seit Mitte Februar 2023 in stationärer psychiatrischer Behandlung befindet.

Nach Kenntnisnahme der vom Beschwerdeführer eingereichten Akten wurde der Ombudsman beim Taggeld-Versicherer vorstellig, informierte diesen über die laufende stationäre Behandlung und einen neuen Bericht der behandelnden Ärzte, wonach beim Versicherten nach wie vor Suizidgedanken vorhanden seien, und der Patient sich – anders als früher – unterdessen auch an die verordnete Medikation halte. Hinzu komme eine neu diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (abhängig sowie paranoid gemischt), welche die Prognose für den Leistungsaufbau erschwere.

Der Ombudsman bat daher den Versicherer zu prüfen, ob dieser gestützt auf den Arztbericht nicht mindestens für die Dauer des Klinikaufenthalts weiterhin Krankentaggelder ausrichten kann. Dies zumal eine neue Diagnose gestellt wurde und die Aufnahme einer neuen Tätigkeit während des Klinikaufenthalts nicht möglich ist.

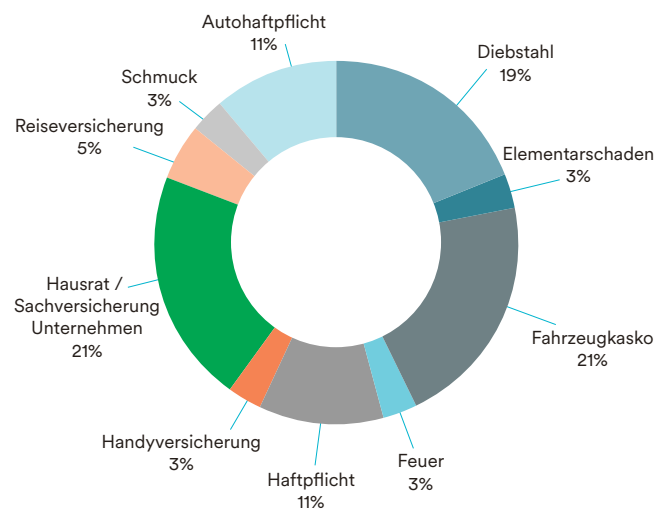
Nach Neuüberprüfung des Falles anerkannte der Taggeld-Versicherer eine weitere Nachleistungspflicht

ab Mitte Mai 2023 für die Dauer des stationären Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik und hielt dazu fest, dass er die Taggelder im Rahmen, der von der Klinik vorliegenden ärztlichen Zeugnisse erbringt. Bei Austritt aus der Klinik sei er als Versicherer umgehend zu informieren. Sollte nach Austritt aus dem Spital wider Erwarten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehen, habe der Versicherte unaufgefordert einen detaillierten fachärztlichen Arztbericht mit entsprechender Begründung der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

Branche Rechtsschutz

Nach einem starken Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2022 sind die Anfragen und Beschwerden in der Branche Rechtsschutz im Berichtsjahr (von 387 auf 308) wieder deutlich zurückgegangen.

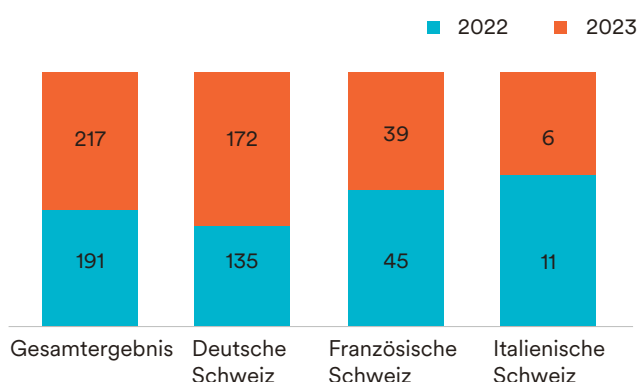
Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Schweizer Schadenversicherer/ Branchenübersicht



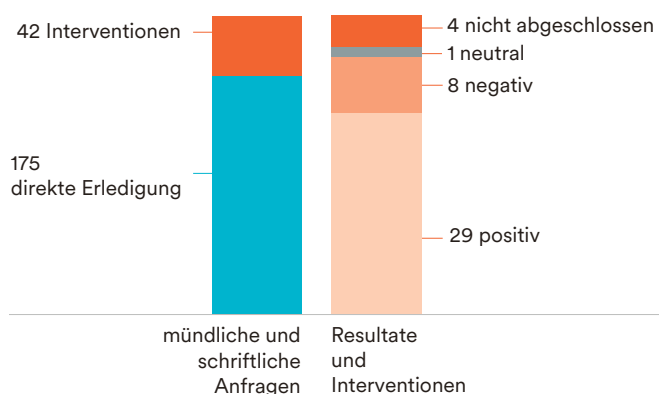
Im Berichtsjahr sind die Beschwerden an die Ombudsstelle gegen Einmeldungen ins HIS von 27 auf 37 angestiegen. Davon betrafen 7 mündliche Anfragen und 30 schriftlich unterbreitete Beschwerden. In den meisten Fällen konnten wir die Position des Versicherers bezüglich der Einmeldung ins HIS (z.B. wegen betrügerischer Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG, vorsätzlicher Anzeigepflicht-Verletzung nach Art. 6 VVG) in rechtlicher Hinsicht nicht beanstanden. Ein Fallbeispiel dazu finden Sie im Kapitel «Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz».

Leben-Bereich

Die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung sind im Berichtsjahr 2023 (von 191 auf 217) gestiegen.



Anlass zu einer Intervention gaben 42 Fälle (Vorjahr 19), wovon 76% erfolgreich waren.



Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen wie im Vorjahr vor allem folgende Fallgruppen:

1. Geltend gemachte Falschberatungen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss.
2. Anfragen zu Rückkaufswerten von Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil und von Auszahlungsplänen.
3. Meinungsverschiedenheiten über die Höhe und Dauer von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit.

Mangelhafte Informationen beim Vertragsabschluss – Die im FINMA-Rundschreiben 2016/6, RZ 154-157 verlangten Beispielrechnungen mit Angaben zu den Rückkaufswerten und der möglichen künftigen Wertentwicklung der Anteile (bei anteilgebundenen Lebensversicherungen) sind im Hinblick auf eine Risikoabschätzung durch den Versicherungsnehmer zentral

Eine der Beschwerden, bei denen es um mangelhafte Beratung beim Vertragsabschluss ging, betraf einen jüngeren Mann. Dieser beschwerte sich darüber, dass sein Lebensversicherer Kosten erhoben habe, über die er vorgängig nie informiert worden sei. Er habe den Versicherer daher um Stellungnahme und weitere Informationen zu den Kosten ersucht, die er jedoch nicht erhalten habe. Die Ombudsstelle ersuchte den Beschwerdeführer in einem ersten Schritt um Zustellung von Kopien sämtlicher Unterlagen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, insbesondere um eine Kopie des beim Vertragsabschluss unterzeichneten 10-seitigen Versicherungsantrags, welcher der Ombudsstelle nur auszugsweise vorlag, inklusive Offertunterlagen mit den Beispielrechnungen zu den prognostizierten Rückkaufswerten. Daraufhin teilte der Beschwerdeführer der Ombudsstelle mit, dass er trotz entsprechenden Gesuchs keine Kopie der vollständigen Unterlagen erhalten habe.

Der Ombudsman wurde daher beim Versicherer vorstellig und ersuchte den Versicherer um Einsichtnahme in die Unterlagen zum Vertragsabschluss, insbesondere in die Beispielrechnungen, sowie um eine ausführliche Stellungnahme zu den Kosten. Der Versicherer stellte der Ombudsstelle in der Folge eine entsprechende Kostenübersicht zu und teilte ihr unter anderem mit, dass er über keine Beispielrechnungen verfüge. Die Offerte sei seinerzeit nicht miteingereicht worden, und der Kundenberater habe diese nicht abgespeichert. Die zuständige Abteilung habe die Kosten jedoch nochmals geprüft und bestätigt, dass diese korrekt und gemäss Tarif erhoben worden seien.

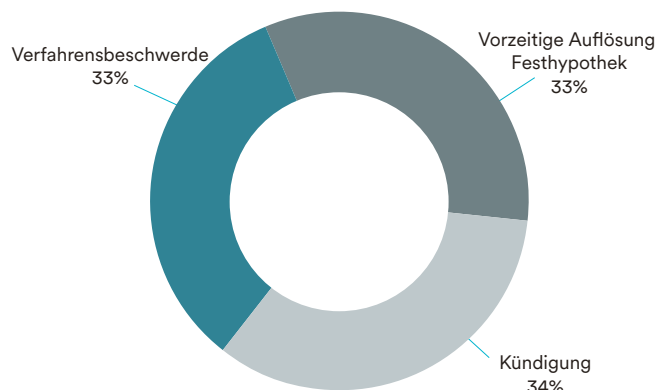
Der Ombudsman wurde daher erneut beim Versicherer vorstellig und teilte diesem mit, dass er es nicht als erwiesen erachte, dass er dem Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluss die Beispielrechnungen einer möglichen Wertentwicklung der Anlage gezeigt habe. Gemäss FINMA-Rundschreiben 2016/6, RZ 154-157 hätte er dies tun müssen. Solche Informationen beim Vertragsabschluss wären jedoch zentral gewesen, da der Versicherungsnehmer aufgrund der Beispielrechnungen einerseits seine Risiken besser hätte abschätzen, und auch erkennen können, dass der Rückkaufswert in den ersten Jahren keinen oder einen tiefen Wert gehabt hätte. Er hätte somit auch gezielt nachhaken können, in welcher Größenordnung sich die Abschlusskosten bewegen und mit entsprechenden Rückmeldungen seine Rückschlüsse bezüglich Abschlusskosten ziehen können. Ohne Angaben zu einer möglichen Wertentwicklung in den ersten Jahren hatte er jedoch nicht einmal Anhaltspunkte, um die Rückkaufswerte zu hinterfragen. Aus Sicht des Ombudsman müsse daher davon ausgegangen werden, dass der Vertragsabschluss im konkreten Fall nicht dem geltenden Standard entsprochen habe, und dass die Informationen an den Versicherungsnehmer mangelhaft waren. Er frage sich deshalb, ob der Versicherer ihm aus diesen Gründen bezüglich der Abschlusskosten bei einem Rückkauf nicht erheblich entgegenkommen müsste, da eine Beratung beim Vertragsabschluss in Bezug auf wesentliche Punkte fehlte.

In seiner Antwort hielt der Versicherer fest, dass sein Kundenberater nochmals bestätigt habe, dem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss die Offerte (mitsamt den Beispielrechnungen) abgegeben zu haben. Nachdem in der Zwischenzeit ein Rückkaufsgesuch durch den Beschwerdeführer eingetroffen sei, sei er jedoch im Hinblick auf eine definitive Erledigung der Angelegenheit bereit, unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht zusätzlich zum Rückkaufswert (aktueller Rückkaufswert rund CHF 19'500.-), noch den Betrag von CHF 4'000.- zu zahlen, um dem Versicherungsnehmer bezüglich der Abschlusskosten und einer allfälligen fehlerhaften Beratung

doch erheblich entgegenzukommen. Der Beschwerdeführer akzeptierte diesen Vergleich, womit der Fall gütlich erledigt werden konnte.

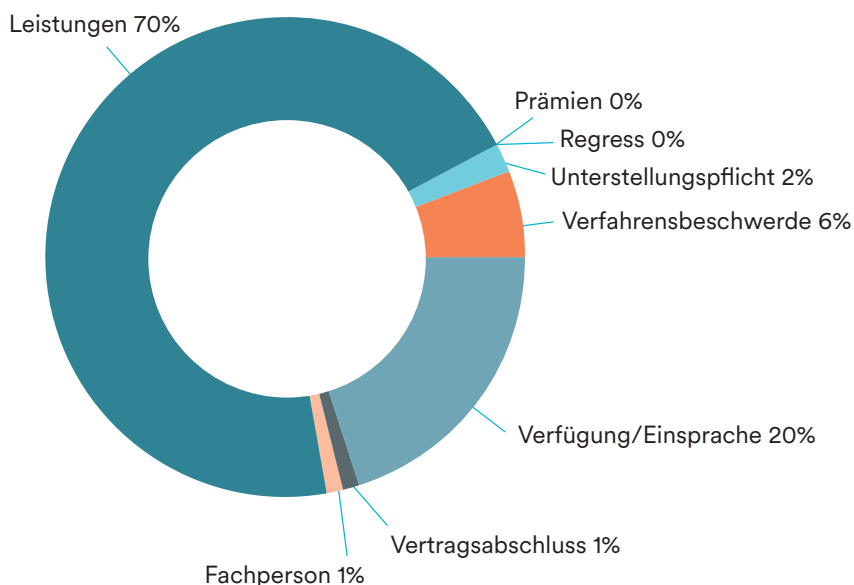
Hypothekar- Darlehensverträge

Im Berichtsjahr wurden der Ombudsstelle lediglich 6 (8) Anfragen zu Hypothekarverträgen mit Versicherungs-Gesellschaften unterbreitet. Diese konnten alle direkt bzw. ohne Intervention beim Versicherer erledigt werden.



Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Anfragen im UVG-Bereich und Militärversicherung

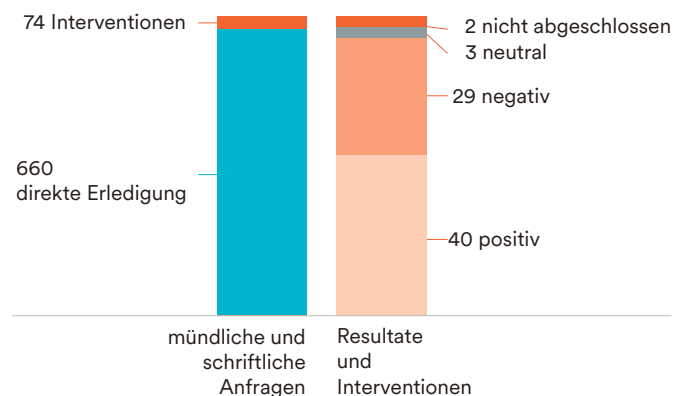
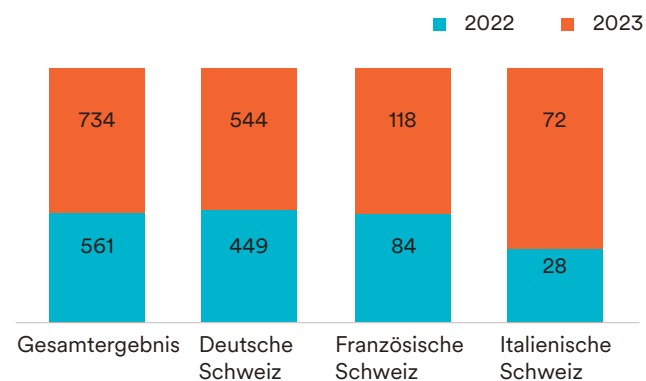


Im Berichtsjahr wurden 734 Anfragen und Beschwerden an die Ombudsstelle gerichtet. Das sind rund 30.8% mehr Anfragen als im Vorjahr (561). 544 (449) Fälle entfielen auf die deutsche, 118 (84) auf die französische und 72 (28) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 74% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 26%.

Am häufigsten war die Kausalität zwischen einem Unfall und den geltend gemachten Gesundheitsbe-

schwerden strittig, gefolgt von Fragen zur Heilbehandlung, zum Unfallbegriff und zu Taggeldleistungen, Integritätsentschädigung und Invalidenrente.

191 der 265 schriftlich unterbreiteten Beschwerden wurden direkt erledigt. In 74 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 40 (55.5%) der 72 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 29 (40.3%) Fällen war das Resultat negativ und in 3 weiteren (4.2%) wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.



Der Anteil der Fälle, in denen bereits vor der ersten Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle eine Verfügung erlassen worden war, ist nach wie vor sehr hoch

Der Anteil der Fälle, bei denen vor Eingang einer Beschwerde bei der Ombudsstelle bereits eine formelle Verfügung erlassen worden war, ist mit 20% (22%) nach wie vor sehr hoch.

Wir empfehlen zwar sämtlichen Ratsuchenden bei der ersten Kontaktaufnahme im Sinne einer Sofortmassnahme, den UVG- bzw. Militär-Versicherer schriftlich über die Einschaltung der Ombudsstelle zu informieren und diesen zu bitten, mit dem allfälligen Erlass einer Verfügung noch zuzuwarten, damit wir unsere Aufgabe wahrnehmen können. Eine solche Empfehlung kann jedoch nur dann hilfreich sein, wenn im Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme durch eine UVG-versicherte Person noch keine Verfügung erlassen worden ist.

Leider wurde uns im Berichtsjahr vermehrt von Versicherten berichtet, dass sie bereits die erste Ablehnung des UVG-Versicherers in Form einer Verfügung erhalten haben. In solchen Fällen haben die Versicherten keine Möglichkeit mehr, ihr Vermittlungsgesuch der Ombudsstelle zur Prüfung zu unterbreiten. Unsere Zuständigkeit ist ab Erlass einer Verfügung nicht mehr gegeben.

Empfehlung an die UVG-Versicherer

Falls ein ablehnender Entscheid vorgesehen ist, empfehlen wir, die Ablehnung den Versicherten wenn immer möglich in einem formlosen Bescheid bekannt zu geben, damit diese noch die Möglichkeit haben, ihren Fall von der Ombudsstelle prüfen zu lassen.

Insektenstiche – Unter welchen Voraussetzungen ist der Unfallbegriff erfüllt?

Im UVG-Bereich hatten wir uns mit dem wiederkehrenden Thema zu befassen, unter welchen Umständen ein Insektenstich und eine damit verbundene Infektion als Unfallereignis gilt.

In einem dieser Fälle berichtete die Beschwerdeführerin, sie sei in der Nacht im Schlaf gestochen worden. Weil der betroffene Fuss angeschwollen sei, habe sie am folgenden Tag ihren Hausarzt aufgesucht. Dieser hielt in seinem Bericht fest, die Einstichstelle habe sich infiziert. Er habe dort einen Fremdkörper gefunden und entfernt, welcher am ehesten einem Insektenstachel zuzuordnen sei.

Der Unfallversicherer wollte für die Behandlungskosten nicht aufkommen. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass der Unfallhergang nicht nachgewiesen werden könne, da das Insekt nicht bekannt sei.

Gemäss Empfehlung der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG gelten Stiche oder Bisse durch Tiere wie Wespen, Bienen, Hornissen, Spinnen oder Zecken als Unfallereignis, weil sie das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors erfüllen und zu Vergiftungen oder Infektionen führen können. Mückenstiche erfüllen gemäss der Empfehlung den Unfallbegriff hingegen nicht, weil Mücken häufig vorkommen und man allgemein mit Mückenstichen rechnen müsse. Das Unfallkriterium «ungewöhnlicher äusserer Faktor» sei deshalb nicht erfüllt. Gleich zu beurteilen seien Wanzen-, Floh- oder Läusestiche. Eine andere Beurteilung von Insektenstichen sei bei beruflich bedingten Auslandsreisen denkbar (z.B. in Malariagebiete). Diesfalls sei das Vorliegen einer Berufskrankheit zu prüfen.

Die Ombudsstelle argumentierte in ihrer Intervention, dass Mücken, Wanzen, Flöhe und Läuse beim Stechen keinen Stachel verlieren würden, da es sich um blutsau-

gende Insekten handle. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin von einem Insekt (z.B. Biene etc.) aus der ersten in der Ad-hoc-Empfehlung genannten Kategorie gestochen worden sei. Selbst wenn es sich beim Fremdkörper um keinen Stachel gehandelt haben sollte, stelle der Fremdkörper als solches einen ungewöhnlichen äusseren Faktor dar, welcher überwiegend wahrscheinlich zur Wundinfektion geführt habe. Insbesondere würden der Ombudsstelle keine Hinweise für eine andere Ursache der Infektion vorliegen. Die Ombudsstelle verwies in diesem Zusammenhang auf den Bundesgerichtsentscheid BGE 122 V 230.

Nach Prüfung der Intervention revidierte der Unfallversicherer seinen Entscheid und erbrachte die gesetzlich geschuldeten Leistungen.

Entscheidrelevanter Sachverhalt – Qualitativ gute Leistungsentscheide setzen gute Sachverhaltsabklärungen voraus

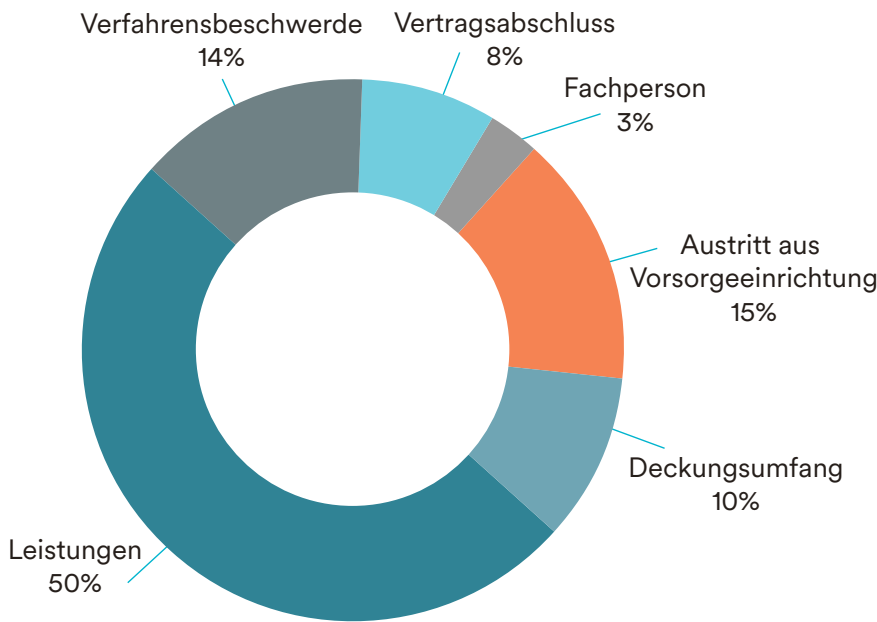
Bei UVG-Fällen ist jeweils ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, ob die Beurteilung des Unfallversicherers auf vollständigen Unterlagen beruht und ob der dem Entscheid zugrundeliegende (rechtserhebliche) Sachverhalt genügend abgeklärt wurde bzw. korrekt wiedergegeben wird. So ist es schon vorgekommen, dass im Entscheid des Unfallversicherers vom falschen Körperteil gesprochen wird (z.B. linker Fuss statt rechter Fuss), weil in einem medizinischen Bericht eine Verwechslung stattgefunden hat und später behandelnde Ärzte den Fehler in ihren Berichten einfach unbeschrieben übernommen haben. Ein solcher Fehler kann durchaus Verwirrung stiften und zu einer Fehlbeurteilung bzw. Widersprüchlichkeiten führen. Oder der Unfallversicherer hat z.B. vom Physiotherapeuten keinen Bericht eingeholt, obwohl dies im betreffenden Fall im Hinblick auf den Beschwerdeverlauf sowie körperlichen Einschränkungen zur Beurteilung der Unfallkausalität von Relevanz sein kann.

In einem Fall hatte die Beschwerdeführerin beim Sturz vom Fahrrad ihr linkes Schienbein an einer Bordkante angeschlagen und dabei eine Hautläsion erlitten. Danach seien Schmerzen und ein Taubheitsgefühl aufgetreten, welche mit der Zeit abgenommen hätten. Zwei Jahre später sei ein weiteres Schmerzempfinden aufgetreten. Abklärungen bei einer Neurologin ergaben, dass sich ein fokales Neurom eines kleinen Hautastes in der Faszie im Bereich der Hautläsion gebildet hatte, welche die Ärztin punktierte und infiltrierte, was zu einer fast gänzlichen Schmerzfreiheit führte. Der zuständige Unfallversicherer, bei welchem die Beschwerdeführerin eine Rückfallmeldung eingereicht hatte, teilte ihr mit, dass die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und den Beschwerden am linken Unterschenkel zeigen würden. Gemäss dem medizinischen Dienst sei 2,5 Jahre nach dem Unfallereignis ohne zeitnahe Berichte ein Zusammenhang der Hypo-sensibilität am Schienbein mit dem Unfall möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

Bei der Durchsicht der von der Beschwerdeführerin eingereichten Fallakten stellte die Ombudsstelle fest, dass der Unfallversicherer die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Abklärungen nicht ausdrücklich gefragt hatte, ob sie nach dem Sturz einen Arzt aufgesucht hatte, und damit dem Untersuchungsgrundsatz nicht genügt hatte. Eine telefonische Anfrage der Ombudsstelle bei der Beschwerdeführerin ergab, dass sie knapp einen Monat nach dem Unfall ihren Hausarzt konsultiert hatte. Wir empfahlen deshalb der Beschwerdeführerin, bei ihrem Hausarzt die Patientenakte (bzw. einen Auszug daraus mit den Einträgen zur Konsultation) einzuholen und uns nachzureichen. Auf Basis der Einträge in der Patientenakte konnte die Ombudsstelle den Unfallversicherer davon überzeugen, dass die aktuellen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen waren.

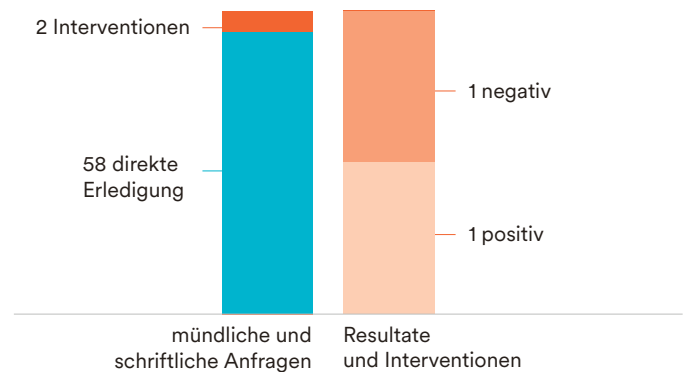
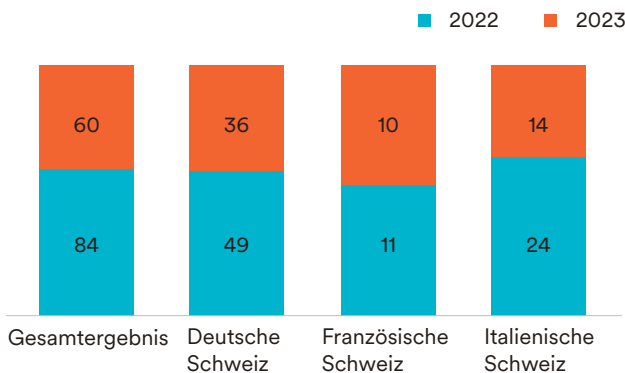
Der Bereich berufliche Vorsorge

Anfragen im Bereich berufliche Vorsorge



Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahm im Vorjahresvergleich um 28.5% ab. Im Berichtsjahr wandten sich 60 (84) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 41 (26) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten. 36 (49) Fälle entfielen auf die deutsche, 10 (11) auf die französische und 14 (24) auf die italienische Schweiz.

Die uns unterbreiten Fälle bezogen sich überwiegend auf Fragen im Zusammenhang mit Freizügigkeitsleistungen, Partner-Renten und die korrekte Berechnung von BVG-Beiträgen. Zu Interventionen Anlass gaben nur 2 Fälle. 1 Intervention führte für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis. In 1 Fall war das Resultat negativ.



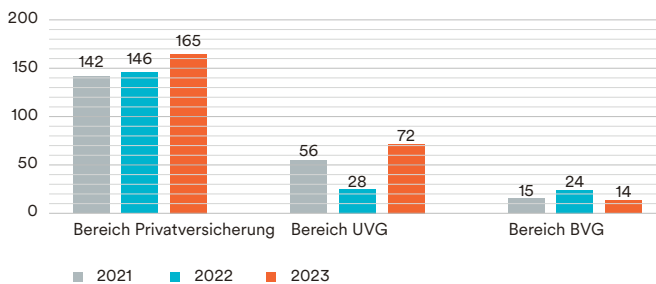
Gesundheitsvorbehalte in der überobligatorischen beruflichen Vorsorge

Verschiedene BVG-Versicherte beschwerten sich nach Aufnahme einer neuen Arbeitstätigkeit darüber, dass ihre neue Pensionskasse von ihnen eine Gesundheitserklärung verlange. Wir mussten diese darüber informieren, dass Gesundheitsvorbehalte nur in der obligatorischen beruflichen Vorsorge ausgeschlossen sind. Gemäss der geltenden Gesetzgebung sind die BVG-Versicherer im überobligatorischen Bereich berechtigt, aus gesundheitlichen Gründen Vorbehalte für die Risiken Tod und Invalidität anzubringen, falls das massgebliche BVG-Reglement dies vorsieht. Diese dürfen nur für die Risiken Tod und Invalidität sowie höchstens für die Dauer von fünf Jahren ausgesprochen werden. Der Vorsorgeschutz, der mit den eingebrachten Austrittsleistungen erworben wird, darf jedoch nicht durch einen neuen gesundheitlichen Vorbehalt geschmälert werden.

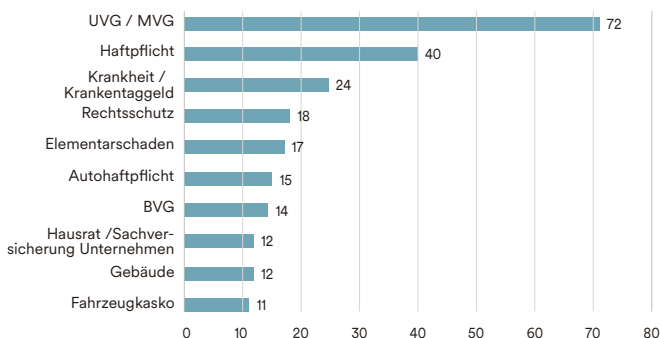
Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Fallentwicklung



Spitzenreiter / Top 10



Im Berichtsjahr 2023 wurden der Zweigstelle für die italienische Schweiz 251 Anfragen und Beschwerden unterbreitet, welche in die Zuständigkeit der Ombudsstelle fielen. Im Vorjahresvergleich fand somit eine Zunahme der Fallzahlen um 26.7% statt. Der Anstieg der Fallzahlen betraf sowohl den Bereich Privatversicherung (+13%) als auch den UVG-Bereich (+157%). Im BVG-Bereich gingen die Fallzahlen hingegen zurück (-41.6%). Spitzenreiter bei der Anzahl Anfragen und Beschwerden war der Bereich Unfallversicherung, gefolgt von den Branchen Haftpflichtversicherung und Krankentaggeldversicherung im Privatversicherungsbereich.

Eine Einmeldung ins Hinweis- und Informationssystem (HIS) setzt eine gründliche Klärung des Einmeldegrunds (z.B. eine betrügerische Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG) voraus

Einer der HIS-Fälle, mit dem sich die Zweigstelle in Lugano zu befassen hatte, betraf einen Versicherten, der seinem Versicherer einen Elementarschaden vom Sommer 2022 angemeldet hatte. Nach Prüfung des Falles machte der Versicherer eine betrügerische Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG geltend. Gleichzeitig wurde eine Einmeldung ins HIS angekündigt.

Der Verstoß gegen Art. 40 VVG wurde damit begründet, dass der Versicherte eine Entschädigung für verschiedene Gegenstände beantragt hatte, die nach Angaben der Versicherungsgesellschaft bereits im Rahmen eines früheren, bei einer anderen Gesellschaft versicherten Schadenereignisses, entschädigt worden waren.

Nach Einsichtnahme in die fallrelevanten Akten stellte die Zweigstelle fest, dass keine sicheren Belege vorliegen, wonach der Versicherte teilweise die gleichen Schäden geltend machte, welche er bereits beim Vorversicherer im Zusammenhang mit einem anderen Schadenereignis angemeldet hatte. Der Versicherte hatte gemäss Auskunft des Vorversicherers an den aktuellen Versicherer zwar drei Schadenfälle gehabt. In diesem Zusammenhang warf es auch Fragen auf, weshalb der Versicherte diese Fälle während der Besprechung vom Oktober 2022 mit dem aktuellen Versicherer nicht erwähnt hatte. Allerdings war das Gesprächsprotokoll ungenau, und insbesondere ging daraus nicht hervor, welche Fragen dem Versicherten damals effektiv gestellt wurden.

Der Ombudsman wurde daher beim Versicherer vorstellig und teilte diesem gestützt auf die gemachten Feststellungen mit, dass die Fallakten seiner Meinung nach nicht den Schluss zulassen, der Versicherte habe

die Absicht gehabt, eine höhere Versicherungsleistung erhältlich zu machen, als sie ihm zustand. Nach Neuüberprüfung des Falles teilte der Versicherer dem Ombudsman mit, dass er seine Meinung teilt und daher Abstand vom Vorwurf der betrügerischen Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG nimmt und daher auch den HIS-Eintrag löschen wird.

Branche Motorfahrzeug-Haftpflicht – Häufig ist die Frage strittig, wem das Verschulden an einer Kollision zuzurechnen ist

Die der Zweigstelle unterbreiteten Motorfahrzeug-Haftpflichtfälle hatten häufig die Frage zum Gegenstand, wen das Verschulden an einer Fahrzeug-Kollision trifft.

In einem dieser Fälle berichtete ein Beschwerdeführer, mit seinem Auto auf der für den generellen Verkehr vorgesehenen Fahrspur gefahren zu sein. Rechts von ihm befand sich eine Busspur. Er stand in einer Kolonne an einer roten Ampel. Als die Ampel auf Grün schaltete, sei er wieder losgefahren, ebenso wie die Autos vor ihm.

Nachdem er beabsichtigt gehabt habe, nach rechts abzubiegen, habe er auf die rechts von ihm befindliche Busspur gewechselt. Dies in der Absicht, weiter nach rechts in eine Parklücke abzubiegen. Als er sich bereits auf der Busspur befunden habe, sei ein anderer Personenwagen, der zuvor vor ihm in der Kolonne gestanden hatte, nach rechts auf die Busspur gefahren, worauf sich eine Kollision zwischen den beiden Fahrzeugen ereignet habe. Sein Fahrzeug sei dadurch an der linken Vorderseite beschädigt worden, das andere Fahrzeug an der rechten Vorderseite.

In der Folge sei die Polizei gerufen worden, welche den Kollisionsbeteiligten empfohlen habe, auf einen Polizeirapport zu verzichten und stattdessen einvernehmlich das Europäische Unfallprotokoll auszufüllen.

Danach meldete der Beschwerdeführer den Fall seiner gegnerischen Motorfahrzeug-Haftpflicht-Versicherung. Diese vertrat den Standpunkt, dass den Beschwerdeführer das Verschulden an der Kollision treffe, weil er angeblich gegen Artikel 8 Abs. 3 VRV verstossen habe, indem er durch Ausschwenken rechts überholen und danach wiedereinbiegen wollte. Die Lenkerin des bei ihr versicherten Fahrzeugs habe ihrerseits das Rechtsabbiegemanöver jedoch durch ordnungsgemässes Setzen des rechten Blinkers angekündigt.

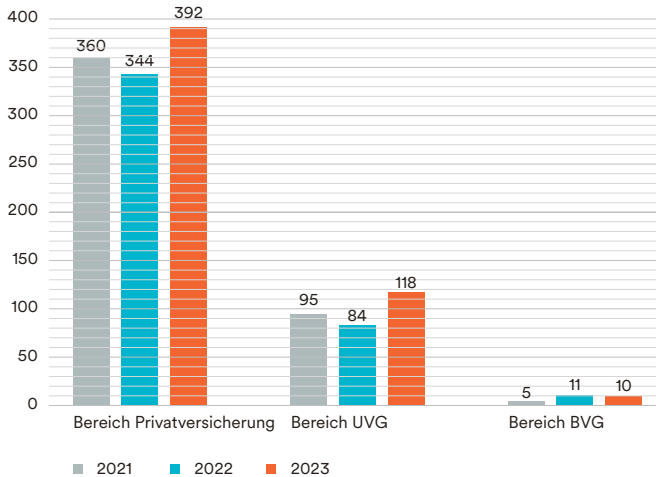
Nach Prüfung der Akten intervenierte der Ombudsman beim gegnerischen Motorfahrzeug-Versicherer. Er wies darauf hin, dass die Aussagen des Beschwerdeführers, wonach er sich bereits auf der Busspur befand, als die Kollision eintrat, im Einklang mit dem beidseits unterzeichneten Unfallprotokoll stehen.

Unabhängig davon, ob die Lenkerin des bei ihm versicherten Fahrzeugs den Blinker effektiv nach rechts gestellt hatte oder nicht, und ungeachtet der Tatsache, dass der Verkehr auf der Busspur nicht erlaubt ist, habe sie gegen Art. 34 Abs. 3 SVG (Strassenverkehrsgesetz) verstossen. Diese Regelung besagt, dass der Führer, der seine Fahrrichtung ändern will, wie zum Abbiegen, Überholen, Einspuren und Wechseln des Fahrstreifens, auf den Gegenverkehr und auf die ihm nachfolgenden Fahrzeuge Rücksicht zu nehmen hat. Die Sachdarstellung, dass der Beschwerdeführer ein nach Art. 8 Abs. 3 VRV verbotenes Ausfahr- und Wiedereinfahrmanöver durchgeführt habe, sei im Unfallprotokoll zudem nicht dokumentiert.

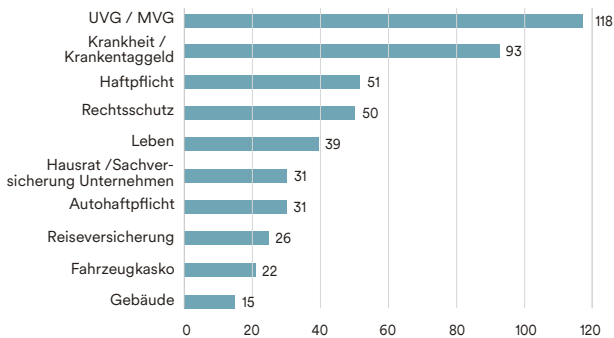
Nach Neuüberprüfung des Falles anerkannte der gegnerische Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer ein Teilverschulden der bei ihm versicherten Motorfahrzeug-Lenkerin und erklärte sich bereit, sich am Schaden des Beschwerdeführers zu 50% zu beteiligen.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Fallentwicklung



Spitzenreiter / Top 10



Im Berichtsjahr 2023 gingen in der Zweigstelle in der Westschweiz 520 Anfragen und Beschwerden ein, die in die Zuständigkeit der Ombudsstelle fielen. Im Vorjahresvergleich zeichnet sich somit eine markante Zunahme der Fallzahlen ab (+18.4%). Der starke Anstieg der Fallzahlen betraf insbesondere den Bereich Privatversicherung (+13.9%) und den Bereich Unfallversicherung (+40.4%). Spitzenreiter bei der Anzahl Anfragen und Beschwerden war der Bereich Unfallversicherung, gefolgt von den Branchen Krankentaggeldversicherung und Haftpflichtversicherung im Privatversicherungsbereich.

Einen exemplarischen Einblick in die Vermittlungsarbeit der Zweigstelle geben folgende ausgewählte Fallbeispiele.

Krankentaggeld – Fehlende Deckung für die Arbeitsunfähigkeit bei Schwangerschaftskomplikationen trotz nahtlosem Wechsel des Arbeitgebers und des Versicherers während der Schwangerschaft

Ein Interventionsfall betraf eine Versicherte, die aufgrund einer Schwangerschaftskomplikation arbeitsunfähig wurde und deren Gesuch um Taggeldleistungen gleich von zwei Versicherern abgelehnt wurde. Die Beschwerdeführerin, arbeitete bis zum 31.01.2023 bei einem Arbeitgeber und wechselte ihre Stelle per 1.02.2023. Trotz lückenlosem Versicherungsschutz dank Kollektivversicherung über die beiden aufeinanderfolgenden Anstellungen hatte die Versicherte Pech: Die Versicherung des ersten Arbeitgebers lehnte ihre Leistungspflicht mit der berechtigten Begründung ab, dass die Arbeitsunfähigkeit am 12.06.2023 eingetreten sei und die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zum versicherten Personenkreis gehörte. Gleichzeitig lehnte die Versicherung des zweiten Arbeitgebers Leistungen gestützt auf eine Klausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB ab, wonach eine Deckung ausgeschlossen sei, wenn die Schwangerschaft vor dem Inkrafttreten des Arbeitsvertrags und damit des Versicherungsschutzes eingetreten war.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer des zweiten Arbeitgebers und stützte sich dabei auf das Freizügigkeitsabkommen zwischen den Krankentaggeldversicherern, welchem die beiden involvierten Gesellschaften beigetreten sind. Gemäss Artikel 2 Abs. 1 lit. a kommt das Abkommen beim Übertritt einer einzelnen versicherten Person aus einer Kollektivtaggeldversicherung in eine andere Kollektivversicherung zur Anwendung. Zudem präzisiert Artikel 2 Abs. 2, dass die Kollektivtaggeldversicherung im Sinne dieses Abkommens das Risiko Krankheit und Schwangerschaftskomplikationen abdecke, nicht jedoch Leistungen bei Nieder-

kunft. Schliesslich darf gemäss Art. 3 Abs. 2 der neue Versicherer keine neuen Versicherungsvorbehalte anbringen, soweit er nicht ein höheres Taggeld oder eine längere Leistungsdauer oder eine kürzere Wartefrist versichert.

In seiner Antwort hielt der Versicherer an seiner Position fest und machte geltend, dass das Abkommen lediglich bei laufenden Schadenfällen zur Anwendung komme. Da die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem Zeitpunkt des Stellenantritts erfolgte, handle es sich vorliegend nicht um einen laufenden Schadenfall, der gemäss Abkommen zu Lasten des neuen Versicherers gehe. Ausserdem habe er keinen neuen Vorbehalt angebracht. Vielmehr berufe er sich auf eine bestehende Klausel der AVB, um die Deckung abzulehnen.

Die Ombudsstelle nahm die Erläuterungen der Gesellschaft zur Kenntnis. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin, welche nahtlos versichert war, einen Nachteil erlitt, weil sie beim ersten Arbeitgeber schwanger wurde und erst beim nächsten Arbeitgeber Schwangerschaftskomplikationen auftraten, zeigt, dass es eine Lücke im Abkommen gibt.

Wir mussten den Fall daher mit einem negativen Resultat abschliessen. Da die Ombudsstelle Zweifel daran hat, dass diese Lücke im Interesse der dem Abkommen beigetretenen Versicherungs-Gesellschaften ist, schlug sie dem ablehnenden Krankentaggeld-Versicherer vor, diese Frage analog der Regelung in Art. 7 des Freizügigkeitsabkommens der Kommission für Recht und Sozialpolitik des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV zu unterbreiten.

Empfehlung des Ombudsmann an die in der Kommission Recht und Sozialpolitik des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV vertretenen Versicherer

Wir empfehlen Ihnen zu prüfen, ob
1. es im Einklang mit dem Zweck des Freizügig-

keitsabkommens steht, wenn Versicherer, die dem Abkommen beigetreten sind, Leistungen bei Schwangerschaftskomplikationen für den Fall ausschliessen, dass die Schwangerschaft während der Versicherungsdauer beim Vorversicherer begonnen hat;

2. eine Ergänzung des Freizügigkeitsabkommens vorgenommen werden soll, wonach das Verbot von neuen Vorbehalten gemäss Art. 3 «Übertrittsbedingungen» auch entsprechende Deckungseinschränkungen in den AVB bezüglich Schwangerschaftskomplikationen umfasst.

Branche Gebäudeversicherung – Fragen im Zusammenhang mit einer Handänderung (Art. 54 VVG)

Im Zusammenhang mit Eigentumserwerb wurden verschiedene Anfragen und Beschwerden bezüglich Handänderung (Art. 54 VVG) an die Zweigstelle in der Westschweiz gerichtet. Ein Interventionsfall betraf einen Immobilienerwerber, der den Versicherungsvertrag des vormaligen Eigentümers übernehmen wollte. Die Gebäudeversicherung lehnte es ab, den bestehenden Vertrag entsprechend der Regelung in Art. 54 VVG unverändert auf den neuen Besitzer zu übertragen und unterbreitete ihm stattdessen eine neue Offerte, die eine Anpassung der Vertragslaufzeit sowie des Deckungsumfangs vorsah. Gegenüber der Ombudsstelle begründete sie ihren Standpunkt mit der technischen Machbarkeit und betonte, dass die neuen allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB vorteilhafter seien.

Die Ombudsstelle wandte sich ein zweites Mal an den Versicherer und brachte das Argument vor, dass technische Probleme die entsprechende Gesetzesbestimmung nicht ausser Kraft setzen können. Aus unserer Sicht sollte eine Police – zum Beispiel anlässlich einer Änderung des Zivilstands oder eines Namenswechsels – nötigenfalls auch manuell angepasst werden können.

Nachdem der Beschwerdeführer sich schliesslich dazu entschied, die bestehende Police zu kündigen, was

ihm die Gesellschaft ebenfalls offeriert hatte, beendete die Ombudsstelle ihre Vermittlung ohne abschliessende Stellungnahme der Gesellschaft.

Tatsächlich wirft die Anwendung des Artikels 54 VVG in der Praxis immer wieder Fragen auf. Als Beispiel sei die anteilmässige Rückerstattung der vom verkaufenden Versicherungsnehmer vor dem Eigentumsübergang bereits bezahlten Jahresprämie genannt. Ist es Aufgabe des Versicherers, die anteilige Prämie dem früheren Eigentümer zurückzuzahlen und die Begleichung des Betrags von der neuen Eigentümerin zu verlangen? Oder ist es vielmehr Sache der neuen Grundeigentümerin, dem Verkäufer die anteilige Prämie zurückzuerstatten? In der Praxis bevorzugen die Versicherungsgesellschaften letzteres. Dies weil sie der Ansicht sind, dass gemäss Art. 54 VVG der verkaufende Grundeigentümer keinen Anspruch auf Rückerstattung hat, sondern bloss der neue Eigentümer, und dass dies bereits vorgängig im Kaufvertrag geregelt werden sollte.

Diese Vorgehensweise scheint zumindest bei einem Teil der Lehre auf Zustimmung zu stossen. Im «Commentaire Romand de la LCA» (Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz) unterscheidet A. Overney indessen zwischen der Solidarität, die ehemals (bis 31.12.2005) zwischen dem alten und dem neuen Grundeigentümer gegenüber der Versicherung bestand, und dem neuen Recht, das am 01.07.2009 in Kraft getreten ist und die Solidarhaftung aufhob. Auch wenn der Autor es nicht wortwörtlich darlegt, lässt dies vermuten, dass der alte Grundeigentümer und Verkäufer die Rückzahlung des im Zeitpunkt der Eigentumsübertragung nicht verbrauchten Prämienanteils vom Versicherer verlangen könne, wenn nur der neue Eigentümer gegenüber dem Versicherer für die Prämie haftet.

Empfehlung an Verkäufer und Käufer von Liegenschaften

Angesichts der bestehenden unterschiedlichen Rechtsauffassungen empfiehlt es sich, die Thematik bezüglich der Prämien für die Gebäudeversicherung vorgängig im Kaufvertrag zu regeln, um Unannehmlichkeiten nach der Eigentumsübertragung zu vermeiden.

Weitere Aktivitäten

Usanzgemäss fanden im Berichtsjahr verschiedene direkte Kontakte des Ombudsman mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften, einige Treffen mit direkten Ansprechpersonen der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften sowie Kontakte mit einzelnen Kommissionen des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV 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.

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. Er hielt auch verschiedene Referate zum Thema Ombudsstellen, so insbesondere an der Universität Zürich und vor dem juristischen Personal eines grossen Versicherers.

Im August 2023 absolvierte eine Delegation des Financial System Mediator aus Armenien ein 3-tägiges Jobtraining am Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich. Der Ombudsman nahm im September 2023 zudem an der Jahreskonferenz des «International Network of Financial Services Ombudsman Schemes» in Kuala Lumpur teil. Diese internationalen Arbeitstreffen dienen nicht nur dem in der Praxis wichtigen Erfahrungsaustausch, sondern geben auch wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der eigenen Organisation.

Gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. h.c. Helmut Heiss und Frau Dr. Marta Ostrowska von der Universität Zürich haben der Ombudsman und Frau Dr. Ann-Catherine Nabholz beschlossen, ein Buch zu Versicherungs-Ombudsstellen in Europa herauszugeben («Insurance Ombudsman Schemes in Europe») an dem sich 10 Ombudsstellen aus Ländern mit verschiedenen Rechtsgrundlagen beteiligen, so auch unsere Ombudsstelle. Die entsprechenden Arbeiten sind in vollem Gang, und wir hoffen, dass das Buchprojekt noch im Jahr 2024 publiziert werden kann.

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a horizontal line and a small upward stroke at the end.

Matthias Michel

Der Ombudsman

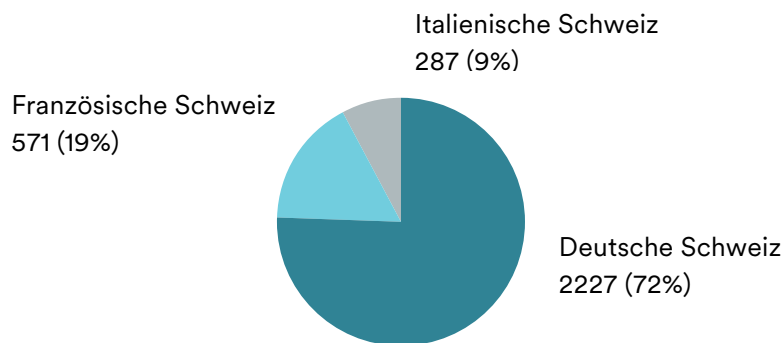
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Lorenzon' in a cursive style.

Martin Lorenzon

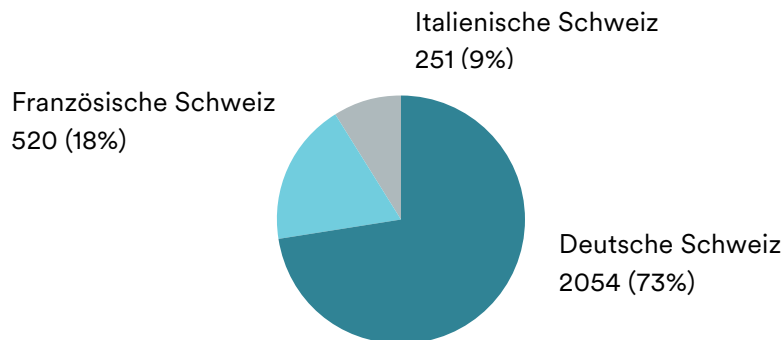
Zürich, März 2024

Statistiken nach Regionen 2023

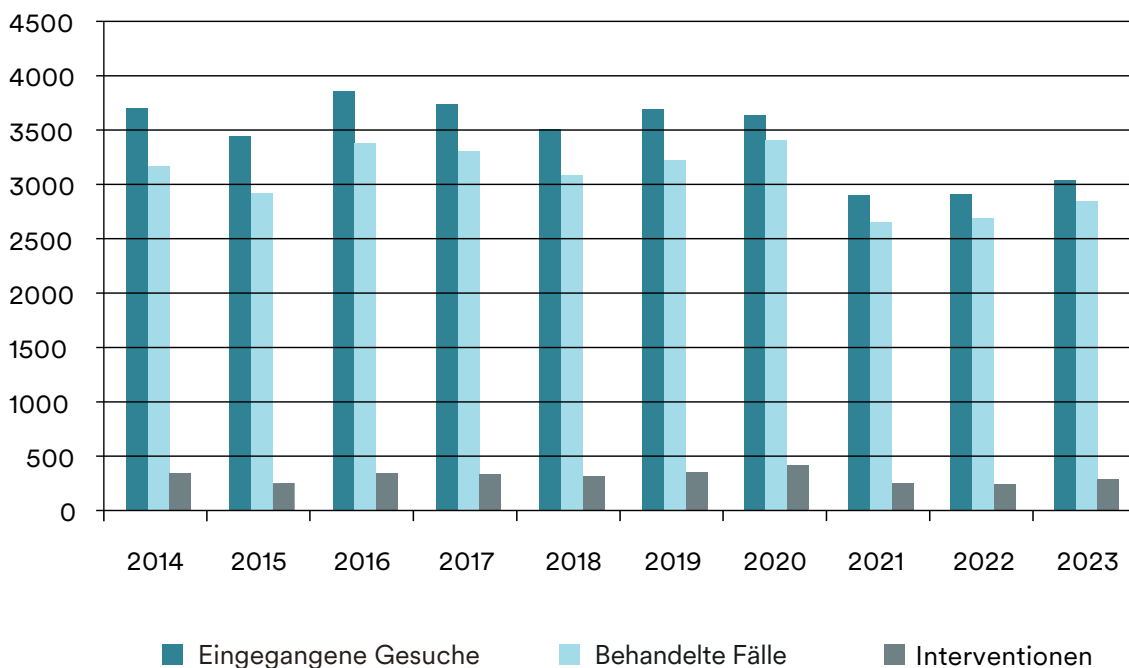
Eingegangene Gesuche



Behandelte Fälle



Tätigkeit 2014 bis 2023



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A-Z

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 Krankentaggeld-
 versicherung)
 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 Schweiz AG)
 smile.direct Versicherungen (vormals Coop)
 Solida Versicherungen AG
 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
 Youplus Assurance AG
 Zenith Leben (jetzt Palladio)
 Zürich
 Zürich Leben

23 / 51

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