



---

/// ombudsman  
der privatversicherung und der suva

# Jahresbericht 2011

39. Ausgabe

## Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Stiftungsrat	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Dr. Fulvio Caccia, a. Nationalrat, Camorino, Vizepräsident RA Dr. Gabi Huber, Nationalrätin, Altdorf Alfred Leu, CEO Generali (Schweiz) Holding, Adliswil Francis Matthey, a. Staatsrat, La Chaux-de-Fonds RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root Hanspeter Seiler, a. Nationalratspräsident, Oberhofen Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur
Ombudsman	Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
Ombudsstelle Deutsche Schweiz	Nathalie Tuor, Rechtsanwältin Peter Arnold, Rechtsanwalt Laura Meile, Rechtsanwältin Stefanie Maag, Rechtsanwältin (ab 1. Januar 2011) Jacqueline Müller, Sekretariat Dr.phil. Anne-Catherine De Zaiacomo, Sekretariat Filip Bergamin, Praktikant (bis 30. April 2011)
Zweigstellen Französische Schweiz	Olivier Subilia, Docteur en droit, Avocat
Italienische Schweiz	Avv. Carlo Luigi Caimi

# Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

## Zusammenfassung des Jahresberichts 2011

Im Berichtsjahr 2011 wurden der Ombudsstelle 3826 Anfragen unterbreitet. Davon entfielen 3324 Fälle in die Zuständigkeit der Ombudsstelle. 502 Anfragen betrafen Anliegen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs und konnten nicht bearbeitet werden. Die Website der Ombudsstelle verzeichnete 8483 Besuche.

Im Zuständigkeitsbereich ist die Anzahl der Anfragen sowohl in der deutschen Schweiz als auch in der französischen und italienischen Schweiz leicht zurückgegangen (insgesamt um 4,3%).

Der Anteil der zunehmend komplexen Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherungen betrug trotz Rückgangs der Fallzahlen im UVG von 637 auf 519 nach wie vor 55,5%. Unverändert hoch geblieben sind die Beschwerdezahlen im Lebensversicherungs-Bereich (533). Diese betrafen überwiegend das Thema Informationen des Versicherungsnehmers beim Vertragsabschluss zu nicht garantierten Leistungen (Überschuss-Beteiligungen, Leistungen bei Fondspolice im Erlebensfall oder im Rückkaufsfall). Wie bereits in den Vorjahren haben Beschwerden gegen Krankentaggeld-Versicherer weiterhin zugenommen (von 569 auf 621), wobei sich die Ombudsstelle vermehrt mit rückwirkenden Leistungseinstellungen und Einstellungen von Taggeldern „per sofort“ zu befassen hatte. Eine spürbare Häufung von Anfragen bezog sich auf den Schutz von Personendaten bei der Bearbeitung von Versicherungsfällen. Zunehmend beschäftigt haben die Ombudsstelle im Berichtsjahr 2011 auch Beschwerden gegen Leistungsablehnungen von Haftpflicht-Versicherern und gegen Regressforderungen von Unfall-Versicherern, welche vorsätzlich verursachte Sach- und Personenschäden durch Kinder und Jugendliche betrafen.

2949 Fälle konnten direkt mit den Versicherungsnehmern oder Anspruchstellern erledigt werden. In 375 Beschwerdefällen kam es zu Interventionen bei den involvierten Versicherungs-Gesellschaften. Diese führten in 70,9% zu einer Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei.

## Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2011	
Entwicklung der Fallzahlen	1
Anliegen und Beschwerden pro Branche	4
Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren	5
Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft	5
– Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung	5
– Aufgliederung nach Sprachregionen	6
– Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden	7
Interventionsfälle	8
– Interventionsquoten	8
– Interventionen pro Branche/Bereich	9
– Erfolgsquote bei Interventionen	10
Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften	11
Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen	
Der Bereich Privatversicherungen	12
– Der Leben-Bereich	12
– Der Nichtleben-Bereich	13
Der UVG-Bereich	17
Der Bereich Berufliche Vorsorge	21
Die Zweigstellen	
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz	23
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz	25
Weitere Aktivitäten	27
Statistiken 2011	
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche	28
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle	28
Tätigkeit 2001 bis 2011	29
Angeschlossene Versicherungsgesellschaften	30

# Übersicht über das Berichtsjahr 2011

## Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2011 wurden der Ombudsstelle 3826 (Vorjahr 3983) Anliegen unterbreitet. Die Website der Ombudsstelle verzeichnete 8483 Besuche.

Anfragen total	3826	(3983)
Zuständigkeit	3324	(3472)
Direkte Erledigung	2949	(637)
Interventionen	375	(400)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich um 148 (4,3%) auf 3324 zurückgegangen, wobei der Anteil der arbeitsintensiven und häufig sehr komplexen Anfragen im Bereich Personen-Versicherungen von 55,5% im Vergleich zum Vorjahr (56,3%) nahezu unverändert geblieben ist. Berücksichtigt man auch Beschwerden gegen Reiseversicherungen, welche die Übernahme von gesundheitsbedingten Annullationskosten, Assistance-Leistungen und Heilungskosten zum Gegenstand haben, beträgt der Anteil der Personenversicherungen im Zuständigkeitsbereich ca. 59%.

Weiter zugenommen hat die Anzahl von umfangreichen Dossiers, deren Komplexität auf schwierige Kausalitätsfragen zurückzuführen ist, weil bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits mehrere Gesundheitsprobleme bestanden. Die Anzahl der rechtlich anspruchsvollen Beschwerdefälle zu Lebensversicherungen (533) inklusive Fondspolices und Fremdwährungspolices war im Berichtsjahr fast identisch wie im Vorjahr (534).

## Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

Sachbereich	2011	2010
AHV	14	12
ALV	9	10
IV	37	45
Krankenkassen	250	284
Kantonale Versicherungen	18	7
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	6	13
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	41	39
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	44	39
Diverses	82	60
Mutterschaftsversicherung	1	2
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>511</b>

Die Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs haben im Vorjahresvergleich leicht abgenommen. Zugenommen hat der Anteil der unter der Rubrik „Diverses“ erfassten Anliegen (82), welche keine Sozial- oder Privatversicherung betreffen, z.B. arbeitsrechtliche Anfragen zur Lohnfortzahlung des Arbeitgebers nach Eintritt eines Unfalls sowie

insbesondere auch Beschwerden gegen Versicherungsbroker. Die Liste der Anfragen, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig war, wird wie in früheren Jahren von Krankenkassen-Angelegenheiten angeführt, für deren Bearbeitung der Ombudsman der Krankenversicherung zuständig ist.

Im Personenversicherungsbereich entfielen 621 Fälle (569) auf Krankentaggeld-Versicherungen, gefolgt von 533 (534) Anfragen zu Lebensversicherungen, 519 (637) zu UVG-Versicherungen, 133 (151) zum BVG-Bereich und 40 (63) zu privaten Unfallversicherungen.

Krankentaggeld-Versicherung	621	(569)
Lebensversicherung	533	(534)
Obligatorische Unfallversicherung	519	(637)
BVG-Bereich	133	(151)
Private Unfallversicherung	40	(63)
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>(1954)</b>

Wert des Vorjahres in Klammer

Der Anstieg der Fallzahlen in der Branche Krankentaggeld-Versicherung einerseits, sowie der Rückgang der Anzahl Anfragen zu Unfallversicherungen und zur beruflichen Vorsorge andererseits, hatten auch eine Änderung der Rangliste bei den Personenversicherungen zur Folge.

Gründe für den relativ grossen Rückgang der Fallzahlen im UVG-Bereich (-18,5%) sind nicht ersichtlich. Unabhängig davon wurde bei einer näheren Analyse der Jahresstatistiken 2010 und 2011 festgestellt, dass der Anteil der Anfragen, bei denen im UVG-Bereich bereits eine Verfügung erlassen worden

war, von ca. 15% auf 18% angestiegen ist. Ob dies darauf zurückzuführen ist, dass bei Meinungsverschiedenheiten mit UVG-Versicherern allenfalls rascher verfügt wurde als im Vorjahr, muss offen gelassen werden. Die Zuständigkeit der Ombudsstelle ist in UVG-Angelegenheiten nur solange gegeben, als noch keine Verfügung ergangen ist. Mit Erlass einer Verfügung beginnt das strittige Verwaltungsverfahren. Ab diesem Zeitpunkt ist der Rechtsweg zu beschreiten, weshalb kein Raum für unsere Vermittlungstätigkeit mehr besteht.

## Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	2011	A	B	C	D	2010
Autohaftpflicht	304	60	76	139	29	303
Arbeitslosigkeit	1	0	0	1	0	5
Diebstahl	58	6	4	42	6	55
Fahrzeugkasko	138	35	23	70	10	134
Feuer/Elementar	17	0	5	9	3	25
Gebäude/Glas	70	20	19	23	8	71
Haftpflicht	332	45	25	215	47	304
Hausrat	154	38	38	58	20	180
Kaution	5	1	0	3	1	4
Krankheit	621	88	59	374	100	569
Leben	533	208	21	233	71	534
Maschinen	1	0	0	0	1	0
Rechtsschutz	203	51	25	85	42	245
Reise	114	23	6	73	12	91
Schmuck	8	4	0	4	0	4
Tiere	2	0	0	1	1	3
Transport	3	1	0	1	1	2
Unfall privat	40	4	6	25	5	63
Wasser	32	3	3	24	2	56
Kreditgarantie	36	3	2	22	9	36
UVG	519	41	176	163	139	637
BVG	133	27	36	58	12	151
<b>Total</b>	<b>3324</b>	<b>658</b>	<b>524</b>	<b>1623</b>	<b>519</b>	<b>3472</b>

- A: Vertrag: Deckungsumfang; Anzeigepflichtverletzung; Rückkauf (Lebensversicherung); Anpassung an neue AVB; Handänderung / Wegfall des Versicherungsrisikos  
 B: Kündigung: Prämienanpassung; Teilbarkeit der Prämie; Bonus/Malus; Selbstbehalt  
 C: Leistung/Schadenerledigung: Versicherungsleistung (ungenügend/Ablehnung); Unterversicherung; Kürzung der Leistungspflicht / Regressforderung; Verjährung  
 D: Diverses: Allgemeine Versicherungsinformation; Verfahrensabläufe; Beratung



## Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

Bereich	2011	2010	2009	2008	2007
Leben	533	534	648	752	654
Autohaftpflicht	304	303	354	337	359
Krankheit	621	569	475	332	358
Allgemeine Haftpflicht	332	304	350	374	333
UVG	519	637	651	712	472

## Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

### Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahr 2011 wandten sich 2076 (2082) Männer, 1494 (1596) Frauen und 256 (305) Unternehmen, Behörden und Organisationen an die Ombudsstelle.

Männer	2076	(2082)
Frauen	1494	(1596)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	256	(305)

Wert des Vorjahres in Klammer

## Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2011	2010	Differenz
Deutsche Schweiz	3026	3075	- 49
Französische Schweiz	523	593	- 70
Italienische Schweiz	277	315	- 38
<b>Total</b>	<b>3826</b>	<b>3983</b>	<b>- 157</b>

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2011	2010	Differenz
Deutsche Schweiz	2683	2750	- 67
Französische Schweiz	420	482	- 62
Italienische Schweiz	221	240	- 19
<b>Total</b>	<b>3324</b>	<b>3472</b>	<b>- 148</b>

Bei einer näheren Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen in den verschiedenen Sprachregionen kann festgestellt werden, dass alle Regionen vom Rückgang betroffen

sind, wobei der grösste prozentuale Anteil im Zuständigkeitsbereich auf die französische Schweiz entfällt (12,8%), gefolgt von der italienischen Schweiz (7,9%) und der deutschen Schweiz (2,4%).

## Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden

	Total	VVG	UVG	BVG	Unzuständig
AG	284 (280)	200 (190)	45 (57)	15 (8)	24 (25)
AI	5 (1)	3 (1)	2 (0)	0 (0)	0 (0)
AR	16 (20)	12 (14)	2 (6)	0 (0)	2 (0)
BE	399 (373)	288 (283)	47 (46)	9 (13)	55 (31)
BL	144 (124)	104 (94)	19 (12)	5 (5)	16 (13)
BS	137 (133)	107 (90)	14 (19)	4 (5)	12 (19)
FR	108 (87)	79 (63)	15 (10)	2 (3)	12 (11)
GE	126 (142)	93 (102)	11 (15)	3 (1)	19 (24)
GL	11 (16)	4 (11)	6 (5)	0 (0)	1 (0)
GR	60 (65)	40 (39)	9 (15)	1 (1)	10 (10)
JU	27 (16)	19 (13)	5 (1)	0 (1)	3 (1)
LU	123 (167)	89 (104)	15 (36)	9 (8)	10 (19)
NE	41 (47)	33 (28)	4 (11)	0 (0)	4 (8)
NW	16 (12)	10 (8)	2 (2)	0 (1)	4 (1)
OW	5 (7)	5 (5)	0 (1)	0 (0)	0 (1)
SG	137 (173)	101 (125)	17 (23)	3 (8)	16 (17)
SH	34 (40)	25 (24)	4 (8)	2 (4)	3 (4)
SO	93 (79)	74 (59)	7 (13)	1 (2)	11 (5)
SZ	63 (59)	43 (44)	12 (10)	1 (3)	7 (2)
TG	79 (94)	54 (69)	11 (15)	4 (2)	10 (8)
TI	271 (323)	191 (221)	18 (15)	17 (11)	45 (76)
UR	7 (3)	4 (2)	0 (0)	2 (1)	1 (0)
VD	273 (316)	180 (215)	22 (35)	8 (10)	63 (56)
VS	84 (113)	60 (81)	11 (17)	4 (6)	9 (9)
ZG	56 (66)	40 (42)	5 (12)	4 (6)	7 (6)
ZH	1122 (1088)	746 (676)	203 (231)	31 (41)	142 (140)
Ausland	105 (139)	68 (81)	13 (22)	8 (11)	16 (25)
<b>Insgesamt</b>	<b>3826 (3983)</b>	<b>2672 (2684)</b>	<b>519 (637)</b>	<b>133 (151)</b>	<b>502 (511)</b>

Wert des Vorjahres in Klammer

## Interventionsfälle

In Korrelation mit dem Rückgang der Fallzahlen ist auch das Total der Interventionsfälle von 400 auf 375 zurückgegangen. Die Interventionsquoten in den jeweiligen Bereichen (VVG, UVG und BVG) sind bei unveränderter Interventionspolitik fast konstant geblieben. Die jeweiligen Veränderungen betragen weniger als 1%.

Mehrfach-Interventionen werden in der nachstehenden Tabelle als eine Intervention erfasst.

	2011	2010	Differenz
Deutsche Schweiz	304	332	- 28
Französische Schweiz	64	51	+ 13
Italienische Schweiz	7	17	- 10
<b>Total</b>	<b>375*</b>	<b>400</b>	<b>- 25</b>

\* Davon waren Ende 2011 323 abgeschlossen.

## Interventionsquoten

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 131 Fällen (32,8%) auf 92 Fälle (24,5%) abgenommen.

Eine gegenläufige Tendenz bestand bei Kreditgarantie-Versicherungen. In dieser Branche war es in mehr als 62% der Interventionsfälle angezeigt, mindestens zwei Mal bei der involvierten Gesellschaft vorstellig zu werden. In den Branchen Leben und Krankentaggeld

musste die Ombudsstelle in ca. 35% der Fälle intervenieren. Im UVG-Bereich betrug die Mehrfachinterventionsquote 25%. In diesen Branchen stellen sich nicht nur besonders oft sehr komplexe Sachverhalts- und Rechtsfragen. Bei diesen Dossiers geht es für die Beschwerdeführenden und die Versicherer zudem häufig auch um finanziell bedeutsame Fragen.

Privatversicherung	11,9%	(12,5%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	8,3%	(7,8%)
Sammelstiftungen BVG	10,5%	(10%)

Wert des Vorjahres in Klammer

## Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3Int.	4 Int.	Total Int.
Autohaftpflicht	271	29	3	1	0	33
Arbeitslosigkeit	1	0	0	0	0	0
Hausrat	135	18	1	0	0	19
Diebstahl	44	12	0	2	0	14
Elementar	9	0	0	0	0	0
Feuer	7	0	0	1	0	1
Kasko	133	3	1	1	0	5
Gebäude	63	7	0	0	0	7
Glas	0	0	0	0	0	0
Haftpflicht	297	29	6	0	0	35
Krankheit	586	23	9	1	2	35
Kaution	5	0	0	0	0	0
Kreditgarantie	28	3	2	2	1	8
Leben	430	65	26	10	2	103
Maschinen	1	0	0	0	0	0
Reise	87	23	4	0	0	27
Rechtsschutz	180	20	3	0	0	23
Schmuck	6	2	0	0	0	2
Transport	3	0	0	0	0	0
Tier	2	0	0	0	0	0
Unfall privat	36	3	0	1	0	4
Wasser	30	1	1	0	0	2
UVG	476	32	10	1	0	43
BVG	119	13	0	1	0	14
<b>Insgesamt</b>	<b>2949</b>	<b>283</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>375</b>

## Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2011 abgeschlossenen 323 Interventionen war in 229 Fällen (70,9%) positiv und in 80 Fällen (24,8%) negativ. In 14 Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst.

Daraus, dass eine von vier Interventionen zu keinem Entgegenkommen des Versicherers geführt hat, kann nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, die Ombudsstelle habe diese Angelegenheiten bei Beendigung ihrer Vermittlungstätigkeit anders beurteilt als der involvierte Versicherer. In der grossen Mehrheit der Interventionsfälle, in denen der Versicherer an seiner bisherigen Position festhielt, konnte die Ombudsstelle die vom Versicherer dargelegten Gründe nach Einholung einer Stellungnahme nachvollziehen.

Lediglich in wenigen Einzelfällen hat der Ombudsman der Beschwerde führenden Partei nach intensiven Verhandlungen und entsprechender Vorankündigung an den Versicherer empfohlen, einen Anwalt beizuziehen. Dies war dann der Fall, wenn die Ombudsstelle überzeugt war, dass die Position des Versicherers einer gerichtlichen Beurteilung des Falles unseres Erachtens nicht standhalten dürfte.

# Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

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

Einen wesentlichen Beitrag für die gute Zusammenarbeit leisteten die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsmann bei den einzelnen Gesellschaften. Hierbei handelt es sich meistens um Direktions- oder Geschäftsleitungsmitglieder mit den nötigen Entscheidungskompetenzen.

Die Qualität der Stellungnahmen der Gesellschaften war in der überwiegenden Anzahl der Fälle fundiert und basierte auf ernsthafter und seriöser Abklärung der einzelnen Interventionsfälle.

Unbefriedigend war die Zusammenarbeit mit den Versicherern im Berichtsjahr lediglich in einzelnen Fällen. Als Beispiel seien Fälle genannt, bei denen von der Ombudsstelle als wichtig erachtete Argumente nicht berücksichtigt worden waren. Dies erforderte jeweils eine erneute Intervention.

In einigen Fällen wurde das Inkasso von Forderungen des Versicherers (bei strittigen Prämien oder Leistungsrückforderungen) während der Dauer unserer Vermittlung mangels Koordination der Abläufe beim Versicherer nicht sistiert, was eine Deeskalation der Meinungsverschiedenheit erschwerte.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle durch die Versicherer gab nur selten zu Beanstandungen Anlass. Sie betrug im Personenversicherungsbereich durchschnittlich vier bis sechs Wochen und in den anderen Branchen (Nichtlebenbereich, d.h. Haftpflicht- und Sachversicherungen etc.) ca. vier Wochen. Bei Mehrfach-Interventionen verlängerte sich die Bearbeitungsdauer entsprechend. Die Ombudsstelle begrüsst die von der Mehrheit der Versicherer aufgenommene Praxis, ihr einen kurzen Zwischenbericht zukommen zu lassen, wenn z.B. aufgrund weiterer medizinischer Abklärungen bei externen Ärzten Verzögerungen bei der Bearbeitung eines Interventionsfalles absehbar sind. Dies erleichtert nicht nur unsere administrativen Abläufe. Insbesondere kann damit auch beim Beschwerdeführer der Eindruck vermieden werden, seine Beschwerde werde nicht mit der nötigen Ernsthaftigkeit und Priorität behandelt.

# Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

## Der Bereich Privatversicherungen

### Der Leben-Bereich

Wie bereits in den Vorjahren hatte sich die Ombudsstelle in der ersten Hälfte des Berichtsjahres mit einer grossen Anzahl von neuen Beschwerdefällen zu Fondspolice ohne garantierte Leistung im Erlebensfall zu befassen, welche nach 10-jähriger oder längerer Laufzeit zum Ablauf gekommen waren. Während der zweiten Hälfte des Berichtsjahres haben die entsprechenden Neueingänge abgenommen.

Auch bei diesen Beschwerdefällen standen meistens fehlende Informationen beim Vertragsabschluss zu den im Jahresbericht 2010 beschriebenen Mechanismen von Fondspolice bei ungünstigem Wertverlauf der Fondsanlagen im Vordergrund. Nach Rechtsauffassung der Ombudsstelle stellen diese essentialia des Vertrags dar, ohne deren Kenntnis das einzugehende Risiko nicht richtig eingeschätzt werden kann. In einigen Fällen konnte aufgrund der Interventionen der Ombudsstelle bei den involvierten Versicherern eine entgegenkommende Lösung erreicht werden.

///

In der zweiten Jahreshälfte 2011 haben uns vermehrt Anfragen zur Abwicklung von Fremdwährungspolice beschäftigt, welche im Verlaufe des Jahres zum Ablauf gekommen waren, und bei denen Versicherungsnehmer aufgrund des im Jahr 2011 eingetretenen Wertzerfalls des Euro erhebliche Währungsverluste erlitten hatten.

///

Zugenommen haben auch Anfragen zu nicht fondsgebundenen Lebensversicherungs-Police mit garantierter Erlebensfallzahlung

sowie zu Renten-Versicherungen, bei denen der Versicherer aufgrund der anhaltend schwierigen Situation auf dem Kapitalmarkt erhebliche Kürzungen der bisher gewährten Zuweisung von Überschussbeteiligungen ans Sparkapital angekündigt hatte.

Die Ombudsstelle musste die Beschwerdeführenden in diesen Fällen zwar darauf hinweisen, dass die Kompetenz zur Prüfung der Frage, ob die konkret angekündigte künftige Kürzung der Überschuss- bzw. Bonuszuweisungen zulässig ist, einzig bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht/ FINMA als Aufsichtsbehörde liegt.

Dennoch hatte die Ombudsstelle in diesen Fällen einiges an Erklärungsarbeit zu leisten. Den Beschwerdeführenden war zwar in der Regel bekannt, dass die beim Vertragsabschluss prognostizierten Überschussbeteiligungen nicht garantiert sind. Sie hatten jedoch keine Kenntnis davon, dass Überschusszuweisungen auf das Sparkapital nur dann gewährt werden können, wenn u.a. die vom Versicherer erzielten Erträge den garantierten technischen Zinssatz, welcher in den garantierten Leistungen berücksichtigt ist, übersteigen. Eine Überschussbeteiligung ans Sparkapital stellt somit eine zusätzliche Rendite zu dem für die gesamte Vertragslaufzeit zugesicherten technischen Zinssatz auf dem Sparkapital dar.

Lediglich in wenigen Einzelfällen musste die Ombudsstelle aufgrund von Überschussprognosen intervenieren, weil die beim Vertragsabschluss geführten Korrespondenzen nach Auffassung der Ombudsstelle Überschuss-Prognosen des Versicherers mit Zusicherungscharakter beinhalteten.



## Der Nichtleben-Bereich

Bei Sachversicherungen stand wie in früheren Jahren die Leistungsseite im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Vertragsinhalt und zur Vertragskündigung, sowie Verfahrensbeschwerden, welche sich häufig auf die Dauer der Bearbeitungszeit von Schadenfällen bezogen.

Verschiedene Beschwerden zu Gebäudeversicherungen betrafen die Leistungsablehnung bei Schäden, deren Ursache teilweise auf mangelnden Gebäudeunterhalt zurückzuführen war. In diesen Fällen mussten wir den Beschwerdeführenden jeweils mitteilen, dass der Gebäudeunterhalt nicht Gegenstand von Gebäudeversicherungen ist und u.E. auch nicht versichert werden kann. Versicherbar sind ausschliesslich künftige und (gleichzeitig) ungewisse Ereignisse.

Bei Diebstahlversicherungen standen im Berichtsjahr vor allem Fragen zum Deckungsumfang, Leistungskürzungen wegen Grobfahrlässigkeit und vermehrt auch die Frage im Vordergrund, ob die versicherte Person den ihr zusätzlich zum Diebstahl-Nachweis obliegenden Eigentums- und Wertnachweis der abhanden gekommenen Sachen rechtsgenügend erbracht hatte. Häufig befanden sich die Geschädigten in einem letztlich selbst zu verantwortenden Beweisnotstand bezüglich des Eigentums und/oder Werts der gestohlenen Sachen, weil sie keine Kaufbelege/Quittungen, Garantiescheine und/oder Zertifikate (z.B. für Schmuckstücke) etc. beibringen konnten.

Insbesondere bei wertvollen Gegenständen empfiehlt es sich, sämtliche Belege aufzubewahren. Bei Schmuckgegenständen ist eine fachmännische Schätzung hilfreich, die z.B. beim Erwerb erstellt worden ist.

Die Beschwerden in der Branche Motorfahrzeug-Versicherung bezogen sich zu einem grossen Teil auf die Verschuldensfrage und zur Schadenhöhe nach Fahrzeug-Kollisionen. Beschäftigt haben die Ombudsstelle aber auch viele Anfragen zum Vertragsabschluss, zur Vertragskündigung und zu Halterwechseln, sowie Beschwerden wegen allzu langer Verfahrensdauer.

Einige Beschwerdefälle bezogen sich auf abgelehnte Vertragskündigungen nach gescheiterten Verhandlungen über eine allfällige Vertragsverlängerung oder eine -änderung (z.B. bezüglich der Reduktion der Vollkaskodeckung auf Teilkaskodeckung). Dabei ist uns aufgefallen, dass vielen Versicherungsnehmern nicht bekannt ist, dass weiterhin der bisherige Vertrag gilt, solange keine Einigung unter den Parteien über eine vorgeschlagene Vertragsänderung bzw. Vertragsverlängerung stattfindet, und dass sich bis zu einer allfälligen Einigung auch die Kündigungsmodalitäten nach dem bisherigen Vertrag richten.

Im Motorfahrzeug-Haftpflichtbereich hatten wir uns mit Fällen zu befassen, bei denen beiden Kollisionsbeteiligten kein Verschulden an der eingetretenen Kollision nachgewiesen werden konnte. Solche Situationen können beispielsweise dann entstehen, wenn mangels Zeugen und Schadenspuren auf der Fahrbahn nicht nachgewiesen werden kann, welcher Fahrzeuglenker auf die Gegenfahrbahn oder die zweite Fahrspur in der gleichen Fahrtrichtung geraten ist.

In entsprechenden Fällen ist in rechtlicher Hinsicht mangels Verschuldensnachweises keiner der involvierten Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer leistungspflichtig. In einem Fall, bei dem beide Beteiligten beim gleichen Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherer versichert waren, wurde die Ombudsstelle

///

jedoch beim Versicherer vorstellig. Dabei machte sie geltend, dass mindestens einen seiner Versicherten ein Verschulden an der Kollision treffen müsse, ansonsten keine Kollision stattgefunden hätte. Es würde daher trotz rechtlich korrekter Schadenabwicklung zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen, wenn einzig der Versicherer einen Vorteil daraus ziehen würde, dass nicht bewiesen werden kann, welchen seiner beiden Versicherten das Verschulden am Kollisionseintritt trifft. In der Folge fand eine gütliche Einigung zwischen dem Versicherer und beiden Kollisionsbeteiligten statt.

///

In der Branche Privathaftpflichtversicherung hatten wir uns vermehrt mit Schäden zu befassen, welche durch unmündige Kinder verursacht wurden. In einem Beschwerdefall bewarfen zwei Kinder (11 und 12 Jahre alt) ein Haus mit Steinen, was zu Schäden an der Fassade und einer Jalousie führte. Der involvierte Haftpflichtversicherer lehnte die Übernahme des verursachten Schadens mit der Begründung ab, dass die Kinder die möglichen Folgen ihres Handelns aufgrund ihres Alters hätten abschätzen können und den Schadeneintritt somit absichtlich verursacht oder zumindest in Kauf genommen haben.

Die Ombudsstelle konnte die entsprechenden Überlegungen und die ablehnende Position des Versicherers in rechtlicher Hinsicht nicht kritisieren. Urteilsfähige Unmündige werden von Gesetzes wegen aus unerlaubten Handlungen gegenüber dem Geschädigten selber schadenersatzpflichtig. Von der Haftungsfrage gegenüber dem Geschädigten strikte zu unterscheiden ist jedoch die Frage der Versicherungsdeckung. Deren Umfang richtet sich einzig nach den vertraglichen Vereinbarungen mit dem Versicherer. Die anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB

sehen (analog der Gesetzesregelung in Art. 14 Abs. 1 VWG) keine Leistungspflicht des Versicherers für Schäden vor, die vorsätzlich, d.h. willentlich und wissentlich herbeigeführt oder zumindest in Kauf genommen wurden.

In einem anderen Fall stand die Frage zur Diskussion, ob ein Privathaftpflichtversicherer die Regressforderung eines Unfallversicherers gegen einen 17-jährigen Jugendlichen zu übernehmen hat, welcher einem anderen Jugendlichen willentlich ins Gesicht schlug und ihm dabei einen Zahn ausschlug. Die entsprechende Leistungsablehnung konnte von der Ombudsstelle infolge eventualvorsätzlicher Schadenherbeiführung als korrekt bezeichnet werden.

///

In einem Fall, bei dem die Ombudsstelle eine von einem Versicherer geltend gemachte Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss nach Art. 6 VWG zu beurteilen hatte, standen unter anderem auch datenschutzrechtliche Fragen zur Diskussion. Der Versicherer stützte seinen Entscheid auf Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Eine Zustellung von Kopien derselben lehnte er jedoch mit der Begründung ab, die IV habe ihm die Weiterleitung der Akten an Dritte untersagt. In der Folge machte die Ombudsstelle geltend, dass es sich beim Beschwerdeführer nicht um einen Dritten, sondern um den zur Einsicht in die eigenen Daten berechtigten Versicherten handle. Der Privatversicherer sei daher sowohl aufgrund des Bundesgesetzes über den Datenschutz als auch aufgrund der ihm obliegenden Beweislast bezüglich des Vorliegens einer Anzeigepflicht-Verletzung zur Genehmigung der erbetenen Akteneinsicht verpflichtet. In der Folge handigte der Versicherer dem Beschwerdeführer die erbetenen Akten-Kopien aus.

Datenschutzrechtliche Fragen wurden uns in einzelnen Fällen auch von Versicherten unterbreitet, welche die von ihrem Krankentaggeldversicherer zur Prüfung ihrer Krankentaggeld-Forderung verlangte Einwilligung zur Einsichtnahme in die fallrelevanten medizinischen Akten bei Ärzten und anderen involvierten Versicherern ablehnen wollten. Die jeweiligen Beschwerdeführer machten in der Regel geltend, die verlangte Einwilligung gehe zu weit, weil diese nebst dem vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers auch andere Mitarbeiter des Versicherers zur Einsicht in medizinische Akten ermächtige.

Diese Beschwerden konnten jeweils ohne Intervention beim Versicherer erledigt werden. Die Ombudsstelle teilte den betroffenen Versicherten insbesondere mit, dass nach der Beurteilung der medizinischen Fakten, welche durch einen Arzt vorzunehmen ist, noch der Entscheid über die Versicherungsdeckung und die Versicherungsleistungen gefällt werden muss. Dieser Entscheid obliegt nicht dem vertrauensärztlichen Dienst, sondern den fallbearbeitenden Sachbearbeitern. Damit diese die rechtlichen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs prüfen können, benötigen auch sie Einsicht in die für die Beurteilung des Falles relevanten medizinischen Akten und die darauf basierenden Schlussfolgerungen durch den vertrauensärztlichen Dienst.

///

Die bereits im Jahresbericht 2010 erwähnte grosse Anzahl von Beschwerdefällen zu Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeitsleistungen, bei denen die Meinungen der behandelnden Ärzte und der Vertrauensärzte der Versicherer diametral auseinander gingen, nahm im Berichtsjahr 2011 weiter zu.

Die Ombudsstelle hatte sich dabei auch mit Beschwerdefällen zu befassen, bei denen der Versicherer seine Leistungen rückwirkend

(z.B. auf den Zeitpunkt der Begutachtung durch einen beigezogenen externen Facharzt) vollständig eingestellt hatte. In diesen Fällen hatte die Ombudsstelle nicht nur zu prüfen, ob das Gutachten entsprechend den von der Gerichtspraxis gestellten Anforderungen hinsichtlich des zu begutachtenden medizinischen Sachverhalts umfassend ist, d.h. auf allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, ob es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstattet worden ist und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet.

Verschiedentlich stellten sich bei diesen Fällen auch die Fragen, ob der versicherten Person genügend Zeit eingeräumt worden war, um sich auf die von ihr erwartete Wiederaufnahme der Arbeit einzustellen.

In einem Fall berücksichtigte ein psychiatrischer Facharzt in seinem Gutachten zwar eine Übergangsfrist bis zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit durch eine versicherte Person. In der Folge erhielt die versicherte Person jedoch erst nach Ablauf dieser Übergangsfrist die Mitteilung des Versicherers, dass er auf das erstellte Gutachten abstütze. Dies führte dazu, dass die Beschwerde führende Person trotz unverzüglicher Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung zwischen „Stuhl und Bank“ fiel und erst Wochen nach der Leistungseinstellung durch den Krankentaggeldversicherer Leistungen durch die Arbeitslosenkasse beziehen konnte. Aufgrund der Intervention der Ombudsstelle verlängerte der Krankentaggeldversicherer seine bisherigen Leistungen bis zur Aufnahme der Zahlungen durch die Arbeitslosenkasse.

///

In der Branche Reiseversicherungen wurden uns auch im Berichtsjahr einige Beschwerde-

fälle unterbreitet, bei denen Leistungsablehnungen und -kürzungen wegen Grobfahrlässigkeit (z.B. ungenügende Beaufsichtigung des Gepäcks während der Reise) oder wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht nach Eintritt eines Versicherungsfalls beanstandet wurden. Verschiedentlich hatten wir uns auch mit Beschwerdefällen zu befassen, welche die Ablehnung der Übernahme von Heilungs- oder Reiseannulations-Kosten aufgrund eines vorbestehenden Leidens betrafen.

In einem Fall bestand eine Meinungsverschiedenheit mit einem Reiseversicherer bezüglich der Nachleistungspflicht aus einer Heilungskostenversicherung für Gäste in der Schweiz. Eine versicherte Person erlitt während ihres Ferienaufenthalts in der Schweiz einen Knochenbruch, der am Folgetag eine Operation bedingte. Diese Kosten wurden von der Reiseversicherung übernommen. Strittig war jedoch die Übernahme der Kosten für eine Nachoperation, welche zehn Monate danach zum Entfernen der während der ersten Operation eingesetzten Metallplatte erforderlich war.

Nach Einholung einer Stellungnahme beim Versicherer musste die Ombudsstelle der Beschwerde führenden Partei mitteilen, dass der Zweck der Versicherung letztlich darin besteht, notwendige Heilungsmassnahmen, die auf neu eingetretene Unfälle und Krankheiten (ab Einreise in die Schweiz) zurückzuführen sind, während der Dauer des versicherten Aufenthalts in der Schweiz zu decken. Daraus kann nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, künftige Folgebehandlungen in der Schweiz seien ebenfalls gedeckt. Aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalles erklärte sich die Gesellschaft dennoch kulanthalber zu einer Kostenbeteiligung für eine Folgebehandlung am ausländischen Wohnort der versicherten Person bereit.

///

Bei Kreditgarantieversicherungen wurden uns im Berichtsjahr verschiedene Leistungsablehnungen bei Arbeitslosigkeit und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit zur Prüfung unterbreitet.

In einem Fall lehnte ein Versicherer gegenüber einem Versicherten, welcher seine Arbeitsstelle verloren hatte, Leistungen wegen Arbeitslosigkeit ab. Zur Begründung führte er aus, die Arbeitslosigkeit sei selbst verschuldet, weil die Arbeitslosenversicherung wegen Eigenverschuldens eine Leistungseinstellung von 16 Tagen verfügt hatte. Gegen die Verfügung der ALV hatte der Beschwerdeführer Rekurs eingelegt. Die Ombudsstelle betrachtete die eingetretene Arbeitslosigkeit nach Prüfung der Akten als unfreiwillig. Die AVB zur Kreditgarantieversicherung sahen zudem keinen Leistungsausschluss bei einer zeitlich begrenzten Leistungseinstellung durch die ALV infolge Eigenverschuldens vor. Der Kreditgarantieversicherer nahm nach Intervention der Ombudsstelle daher Abstand von seiner ablehnenden Position und sicherte die Übernahme der versicherten Kreditraten ab dem Zeitpunkt der Leistungsaufnahme durch die ALV zu.

///

Die Meinungsverschiedenheiten, die der Ombudsstelle in der Branche Rechtsschutz unterbreitet wurden, bezogen sich im Berichtsjahr vor allem auf Auslegungsfragen zur Versicherungsdeckung und auf die Dauer der Bearbeitung eines Rechtsschutzfalles.

## Der UVG-Bereich

Im Berichtsjahr wurden 519 und damit 18,5% weniger Anfragen als im Vorjahr (637) an die Ombudsstelle gerichtet. 451 Fälle, im Vorjahr 553, entfielen auf die deutsche, 42 (60) auf die französische und 26 (24) auf die italienische Schweiz. Die Anfragen aus der Deutschschweiz gingen um gut 18,4%, jene aus der Romandie um 30% zurück; aus der italienischen Schweiz ist eine Zunahme von knapp 8,3% zu verzeichnen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass, wie bereits in der Vorperiode, mit 86,9%

der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz stammt. Auf die lateinische Schweiz entfallen unverändert 13%.

Weshalb der weit überwiegende Teil der Fälle aus der Deutschschweiz stammt, ist nicht ersichtlich. Me Subilia wie Avv. Caimi arbeiten seit Jahren kompetent für die Ombudsstelle. Sie pflegen ihre Kontakte zu den Medien aktiv und äussern sich öffentlich über die vermittelnde Tätigkeit der Ombudsstelle.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	17	(4)	1	(0)	0	(0)
Beginn Unterstellung	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Ende Unterstellung	0	(1)	0	(2)	0	(2)
Vertragsabschluss	15	(25)	0	(0)	1	(2)
Prämien	5	(18)	0	(0)	2	(0)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	37	(49)	1	(2)	3	(4)
B Unfallverhütung	1	(9)	0	(0)	0	(0)
Ärztliche Behandlung	34	(28)	3	(1)	2	(0)
Kostenvergütung	52	(76)	4	(4)	1	(3)
Taggeld	55	(78)	4	(3)	3	(1)
Invaliden-Rente	9	(15)	0	(0)	0	(1)
Integritätsentschädigung	8	(4)	0	(1)	0	(1)
Total	159	(210)	11	(9)	6	(6)
C Leistungskürzung/-ablehnungen	132	(163)	19	(35)	8	(7)
Regress	3	(2)	1	(1)	0	(0)
Total	135	(165)	20	(36)	8	(7)
D Allg. Informationen/Verfahren	120	(129)	10	(13)	9	(7)
<b>TOTAL</b>	<b>451</b>	<b>(553)</b>	<b>42</b>	<b>(60)</b>	<b>26</b>	<b>(24)</b>

Wert des Vorjahres in Klammer

476 der insgesamt 519 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 43 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 31 der 37 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 4 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 2 Fällen wurde das Dossier als sog. „neutral“ klassiert.

///

In vielen Fällen war das Vorliegen eines Unfalles im rechtlichen Sinne oder einer unfallähnlichen Körperschädigung umstritten.

Unfall ist die 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 (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts/ATSG). Gewisse, in Art. 9 der Verordnung über die Unfallversicherung/UWV abschliessend aufgeführte Körperschädigungen (z.B. Knochenbrüche, Meniskus-, Muskel- und Sehnenrisse) sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt.

Bezüglich des gesetzlich umschriebenen Unfallbegriffs betrafen die Meinungsverschiedenheiten häufig die Frage, ob ein ungewöhnlicher äusserer Faktor auf den menschlichen Körper eingewirkt hat. Das ist ohne weiteres zu bejahen, wenn eine versicherte Person stürzt, ausgleitet oder stolpert und sich dabei z.B. am Bein verletzt. Anders verhält es sich, wenn jemand sitzt und aufsteht und dabei ohne „Programmwidrigkeit“ – diese kann etwa in einem Ausgleiten oder in einem Stossen durch eine zweite Person bestehen – ein plötzlich einschliessender Rückenschmerz auftritt, der in der Folge als Bandscheibenvor-

fall diagnostiziert wird. Liegt kein ungewöhnlicher äusserer Faktor vor, fällt die Annahme eines Unfalls im rechtlichen Sinne ausser Betracht.

Hinzu kommt, dass fast alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Voraussetzung ist, dass das fragliche Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und dass die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftraten. Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten.

Mehrfach stellte sich die Frage nach dem Vorliegen des Tatbestandsmerkmals der ungewöhnlichen äusseren Einwirkung auf den menschlichen Körper bei sog. Sportunfällen. Dabei ist mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zweierlei zu berücksichtigen: Erstens ist der äussere Faktor nur dann ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber, wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt. Wesentlich ist zweitens, dass das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen kann. Bei Körperbewegungen gilt dabei 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

nierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor.

Die Anwendung der eben dargelegten Grundsätze wirft in der Praxis immer wieder Fragen auf. Verletzt sich eine erwachsene Person sichtbar am Kopf, nachdem sie beim Sprung vom 3-Meter-Brett ungeschickt gelandet ist und fällt eine krankheitsbedingte Ursache für die festgestellte Verletzung klarerweise ausser Betracht, ist nach Auffassung der Ombudsstelle von einem Unfall im Rechtssinne auszugehen. Es überzeugt nicht, einen Unfall mit der Begründung zu verneinen, beim Sprung sei gemäss der Darstellung des Versicherten nichts Ungewöhnliches vorgefallen. Dass die Landung im Wasser Teil des Sprungs und damit gewollt war, führt nicht dazu, dass eine dabei klarerweise erlittene Verletzung, für die eine Krankheit als Ursache unter Berücksichtigung aller Umstände ausser Betracht fällt, nicht von der sozialen Unfallversicherung zu tragen ist. Ausgehend davon, dass von Gesetzes wegen Krankheit jede Schädigung der Gesundheit ist, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, bezweckt das Kriterium der Ungewöhnlichkeit im Kern letztlich nur, dass krankheitsbedingte Schädigungen von der Unfallversicherung nicht übernommen werden.

///

Zwecks Ermittlung der konkreten Verhältnisse des gemeldeten Ereignisses verwenden die Unfallversicherer in Nachachtung der Untersuchungsmaxime regelmässig Fragebögen. Den spontanen „Aussagen der ersten Stunde“, d.h. den Angaben in der Unfallmeldung UVG oder in den UVG-Fragebögen, kommt

grosses Gewicht zu. Aus Sicht der Ombudsstelle ist es deshalb zentral, dass mit den jeweiligen Fragen insgesamt eine möglichst umfassende Sachverhaltsdarstellung erhoben wird. Fragen danach, ob sich beim gemeldeten Ereignis etwas Ungewöhnliches, „Programmwidriges“ ereignet habe, sind für den Laien nicht verständlich und nicht zielführend.

Wesentlich ist vielmehr, dass die versicherte Person aufgefordert wird, den fraglichen Lebenssachverhalt möglichst detailliert und umfassend sowie unter Wiedergabe sämtlicher Sinneseindrücke bezüglich des Geschehnisses und den dazu gehörenden Begleitumständen zu schildern.

///

In mehreren Fällen wies die Ombudsstelle im Rahmen von Interventionen darauf hin, dass ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand eine Leistungspflicht nach UVG nicht ausschliesst.

Steht rechtsgenügend fest, dass ein nachgewiesenermassen stark vorgeschädigter Zahn bei einem Unfall im Rechtssinne frakturiert ist, ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und Zahnschädigung erforderlich und ausreichend, dass der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht erforderlich ist demgegenüber, dass ein Unfall die alleinige Ursache einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Ist die Gesundheitsschädigung teilweise Folge eines Unfalles und teils auf einen pathologischen Vorzustand zurück zu führen, stellt sich die Frage nach der Leistungskürzung beim Zusammentreffen verschiedener Schadenursachen. U.a. bei Pflegeleistungen fällt eine solche indes ausser Betracht, weshalb der Unfallversicherer zu Recht für die gesamten

Kosten der Behandlung des frakturierten Zahns aufkam.

///

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der UVG-Versicherer von Gesetzes wegen im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.

Diese Subrogation führt nicht dazu, dass der UVG-Versicherer, der für die Heilbehandlung

der verunfallten Person aufkam, die entsprechende (Schadenersatz-)Forderung unter Hinweis auf das Datenschutzrecht seines Versicherten nicht belegen müsste. Dementsprechend stellte sich die Ombudsstelle auf den Standpunkt, dass der Unfallversicherer die Ausgewiesenheit seiner Regressforderung gleich zu belegen habe, wie dies der Geschädigte tun müsste, wenn er diese direkt gegenüber dem Schadenverursacher geltend machen würde. In der Folge händigte der Versicherer die einverlangten Kostenbelege für die unfallbedingte medizinische Heilbehandlung umgehend aus.



## Der Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich erneut leicht ab. Im Berichtsjahr wandten sich 133 (151) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 44 Fälle, welche man-

gels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten. Die betroffenen Versicherten wurden bezüglich ihrer Meinungsverschiedenheit mit einer autonomen Pensionskasse in der Regel an die unentgeltliche Beratungsstelle „BVG-Auskünfte“ oder an ihre Privatrechtsschutz-Versicherung weiter verwiesen.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
	Anzahl	(Vorjahr)	Anzahl	(Vorjahr)	Anzahl	(Vorjahr)
Vertragsabschluss	6	(6)	0	(0)	0	(1)
Deckungsumfang	4	(3)	0	(0)	2	(2)
Anzeigepflichtverletzung	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Reglement	1	(3)	0	(0)	1	(1)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	11	(3)	0	(0)	0	(0)
Freizügigkeit	20	(27)	2	(1)	0	(1)
Vorbezug	8	(6)	0	(0)	0	(0)
Pfändung	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	6	(10)	0	(0)	0	(1)
Begünstigungsproblematik	6	(3)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	23	(23)	3	(9)	9	(3)
Allgemeine Informationen	7	(21)	5	(10)	2	(1)
Verjährung	2	(0)	0	(0)	1	(0)
Vorzeitige Pensionierung	1	(3)	0	(0)	3	(0)
Scheidung	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Koordinierter Lohn	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Anwalt	3	(0)	0	(1)	0	(0)
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>(120)</b>	<b>10</b>	<b>(21)</b>	<b>18</b>	<b>(10)</b>

Wert des Vorjahres in Klammer

Die der Ombudsstelle unterbreiteten Fälle waren häufig sehr komplex und zeitaufwändig. Nebst Fragen zur Koordination mit anderen Sozialversicherungen, zur Überentschädigung und zur Leistungsseite in Invaliditätsfällen wurden uns einige Beschwerdefälle zu BVG-Freizügigkeitsleistungen unterbreitet.

Umstritten war u.a., wie viele BVG-Freizügigkeitskonten die gleiche Person bei einer Vorsorgestiftung haben darf. In einem Beschwerdefall wurden nach Beendigung von zwei verschiedenen Arbeitsverhältnissen eines Arbeitnehmers bei der gleichen BVG-Sammelstiftung zwei separate BVG-Freizügigkeitskonten eingerichtet. Als die BVG-Sammelstiftung die beiden Konten in der Folge zusammenführen wollte, wandte sich die betroffene Person an die Ombudsstelle. Nach Prüfung des Sachverhalts und Einholung der Stellungnahme des Versicherers musste die Ombudsstelle

dem Beschwerdeführer mitteilen, dass es zwar zulässig ist, zwei verschiedene Freizügigkeitskonten zu besitzen. Eine Aufspaltung des Freizügigkeitsguthabens bei einer BVG-Vorsorgeeinrichtung ist jedoch aufgrund der geltenden Gerichtspraxis nicht erlaubt. Die involvierte BVG-Sammelstiftung offerierte dem Beschwerdeführer daher die Option, den Saldo des aufgelösten Freizügigkeitskonto auf eine andere Vorsorgestiftung überweisen zu lassen.

Verschiedene besonders komplexe Beschwerdefälle betrafen die Höhe der Freizügigkeitsleistung im Konkursfall des Arbeitgebers. In Einzelfällen musste bei deren Bearbeitung festgestellt werden, dass der Arbeitgeber zwar BVG-Lohnabzüge vorgenommen hatte, seiner Verpflichtung zur Weiterleitung der BVG-Beiträge an die Vorsorgeeinrichtung jedoch nicht nachgekommen war.

# Die Zweigstellen

## Die Zweigstelle in der französischen Schweiz

Der Zweigstelle der französischen Schweiz wurden im Berichtsjahr insgesamt 523 Anliegen unterbreitet. Die Anzahl Anfragen, welche im Vergleich zum Vorjahr rückläufig waren, deckt sich mit den im Jahr 2009 unterbreiteten Anliegen. 420 der 523 Anfragen (80,3%) fielen in den Zuständigkeitsbereich der Zweigstelle. Me Subilia würdigt im Speziellen die gute Zusammenarbeit mit dem Ombudsman der Krankenversicherung in Luzern: Die konsequente Weiterleitung der Fälle ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der beiden Institutionen führte dazu, dass die Versicherungsnehmer mehrheitlich die richtige Anlaufstelle fanden.

Obwohl Me Subilia seine Funktion als Vermittler neutral und nicht als Interessensvertreter der Versicherten wahr, konnte er feststellen, dass die Vermittlungsstelle besonders bei Konsumentenschutz-Organisationen über einen hohen Bekanntheitsgrad verfügt. Da er häufig auf Empfehlung dieser Organisationen von Versicherten kontaktiert wurde, konnte er diesen oft nützliche Informationen zu versicherungsrechtlichen Fragen gewähren.

///

Die Anzahl der Interventionsfälle, welche Anliegen aus der französischen Schweiz betraf (50 gegenüber 48 im Vorjahr), ist im Verhältnis zu den Gesamtzahlen angestiegen. Die Erfolgsquote (41 der abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich, d.h. 82%) ist die höchste, seit Me Subilia seine Tätigkeit im Jahr 2002 aufgenommen hat. Diese Erfolgsquote führt er auf die ausgezeichnete Zusammenarbeit zwischen der Stiftung und den Ansprechpartnern der ihr angeschlossenen Gesellschaften zurück. In vielen Fällen konnte die Kundenzufriedenheit wiederhergestellt werden. In einzelnen Fällen führte die Tätigkeit der Zweigstelle auch zur weiteren Aufrechterhaltung von Vertragsverhältnissen, bei denen die Vertragsbeziehungen mit dem Versicherer vorher sehr belastet waren.

Gelegentlich gab es aber auch Schwierigkeiten. So war die Zweigstelle beispielsweise mit einer Versicherungsgesellschaft konfrontiert, die faktisch vom Ausland verwaltet wurde, was die Beschaffung von Informationen erheblich erschwerte. In einem anderen langwierigen Fall konnte trotz Mehrfachinterventionen keine befriedigende Lösung gefunden werden, zumal die Versicherung bei jeder Kontaktaufnahme ihre Argumente wechselte, um an ihrer Position festzuhalten.

Teilweise erschwerte auch der ausländische Wohnsitz der Versicherten die Vermittlungstätigkeit, was namentlich für die Beschaffung von medizinischen Unterlagen mit viel Aufwand verbunden war. Hier zeichneten sich auch die Grenzen der Vermittlungstätigkeit ab. Die Ombudsstelle, welche im Gegensatz zu anwaltlichen Vertretern für die Beschaffung von Beweisen und Unterlagen auf die Beschwerdeführenden angewiesen ist, wird manchmal von Personen kontaktiert, die mit der Aktenbeschaffung offensichtlich überfordert sind. Die Vervollständigung der Dossiers war deshalb oft mit einem beträchtlichen Mehraufwand verbunden.

///

Verschiedene Beschwerden betrafen Kreditversicherungen. Dabei handelt es sich um Verträge, welche Versicherer gemeinsam mit Finanzdienstleistern anbieten. Der Kreditversicherungsvertrag wird beim Abschluss des Darlehensvertrages durch den Kreditgeber offeriert. Kommt es in der Folge zu Schwierigkeiten mit der Ratenzahlung aufgrund eines Versicherungsfalles, kann man dies nur gegenüber der Versicherung geltend machen, nicht jedoch gegenüber dem Kreditgeber. Dies führte aufgrund der langen Bearbeitungsdauer von ein paar Versicherungsfällen zu erheblichen Problemen der versicherten Personen mit dem Kreditgeber.

Me Subilia beschäftigte des Weiteren ein Fall mit einer Versicherung, die ihre Produkte unter einem anderen Namen anbot, bzw. diese über einen anderen Versicherer vertrieb. Aufgrund der Vertragsunterlagen war nur schwer erkennbar, wer der zuständige Versicherer war, was die Ermittlung der Zuständigkeiten erschwerte. Nachdem diese geklärt werden konnte, zeigte sich der zuständige Versicherer indes sehr kooperativ bei der Behandlung der Intervention.

///

In statistischer Hinsicht ist festzuhalten, dass 103 von insgesamt 368 Fällen im Privatversicherungsbereich die Krankenversicherung betrafen.

Häufig umstritten war der Beweiswert divergierender Arztberichte. In Fällen, bei denen ein begründeter fachärztlicher Bericht der versicherten Person und der Bericht des vertrauensärztlichen Dienstes der Versicherungsgesellschaft gegenteilig lauteten, wurde auf Vermittlung durch die Ombudsstelle vielfach eine Drittmeinung durch einen aussenstehenden Mediziner eingeholt.

///

Schwierig war teilweise auch die Bearbeitung von Beschwerdefällen im Zusammenhang mit Heilungskostenversicherungen für Gäste aus dem Ausland, bei denen Leistungen für vorbestehende Krankheiten abgelehnt worden waren, von denen Versicherte allerdings erst nach Eintritt von Komplikationen in der Schweiz Kenntnis erhielten.

## Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz

Die Gesamtzahl der Fälle, die im Berichtsjahr von der Zweigstelle der italienischen Schweiz bearbeitet wurden, erfuhr im Vorjahresvergleich insgesamt einen Rückgang von 315 auf 277. Rückläufig waren primär die Anfragen, für die die Ombudsstelle nicht zuständig war (von 75 auf 56). Es handelte sich dabei hauptsächlich um Probleme von Versicherten mit der sozialen Krankenversicherung und Anfragen, welche nicht das Versicherungsrecht betreffen.

Im Zuständigkeitsbereich ging die Anzahl der Anfragen von 240 auf 221 zurück. Der Rückgang der Fälle im Privatversicherungsbereich von 206 auf 177 wurde im BVG-Bereich, in welchem ein Anstieg der Anfragen von 10 auf 18 zu verzeichnen war, und im UVG-Bereich mit einer Zunahme der Fallzahlen von 24 auf 26 teilweise kompensiert.

Nachdem die Gesamtzahl der Anfragen in der italienischen Schweiz seit dem Jahr 2004 mit jährlich ca. 320 Anfragen konstant war, kann Avv. Caimi noch nicht beurteilen, ob der aktuelle Rückgang im Berichtsjahr 2011 als sporadisch betrachtet werden muss. Die Mehrzahl der Beschwerdefälle konnte wie bisher direkt erledigt werden, wobei 10 Interventionen weniger als im Vorjahr erforderlich waren, um die unterbreiteten Beschwerden zu klären.

///

Im Mittelpunkt der Tätigkeit standen schriftliche und mündliche Auskünfte zu Versicherungsleistungen, zur Verdeutlichung der versicherungsrechtlichen Situation und des Standpunktes der jeweiligen Versicherungsgesellschaft, sowie zur Tragweite und den Grenzen der jeweiligen Regelungen in den AVB. Auch im Berichtsjahr 2011 war die Mitwirkung der Versicherer bei der Behandlung der Beschwerdefälle positiv.

Der grösste Teil der behandelten Fälle bezog sich auf die Branchen Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung (43), auf die Krankentaggeld-Versicherung (36) und auf die Lebensversicherung (30). Der Rückgang der Fallzahlen in der italienischen Schweiz betraf hauptsächlich die drei Branchen Haftpflichtversicherung (von 35 auf 19), die Hausratversicherung (von 17 auf 7) und die private Unfallversicherung (von 13 auf 4).

///

In der Branche Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung waren Fragen zur Beweislage zentral. Bei der Behandlung dieser Fälle bemüht sich Avv. Caimi jeweils, sich ein möglichst klares Bild über den Sachverhalt und die zur Verfügung stehenden Beweise zu verschaffen. Dabei waren häufig auch Satelliten- und Strassenkarten sowie Fotos aus dem Internet dienlich.

Verschiedene Beschwerdeführer befanden sich nach einem Autodiebstahl in einer schwierigen Beweissituation, weil sie den geltend gemachten Diebstahnnachweis nicht rechtsgenügend nachweisen konnten.

///

Ein grosser Teil der Beschwerdefälle zu Krankentaggeld-Versicherungen zeigte gegensätzliche Interessen der Parteien, indem Versicherungsgesellschaften teils dazu neigten, einen Fall zu früh abzuschliessen, und Versicherte eine zeitlich allzu lange Ausdehnung der Leistungen anstrebten.

Diese Problematik war meistens auf divergierende Berichte von Vertrauensärzten der Versicherungsgesellschaften und der behandelnden Hausärzte der Beschwerdeführer zurückzuführen. Verschiedentlich waren die von Avv. Caimi zu bearbeitenden Fälle in

den Branchen Krankentaggeld und Reiseversicherung auf allzu kurze, unklare oder gar fehlerhafte Arztzeugnisse zurückzuführen.

///

In der Lebensversicherung betrafen einige Beschwerden die bei einem Rückkauf erlittenen finanziellen Verluste, welche bei einer Auflösung des Vertrags nach sehr kurzer Laufzeit eintreten können. Sämtliche Beschwerdeführer beklagten sich über mangelnde Transparenz und Beratung beim Vertragsabschluss über die anfallenden Abschluss- und Verwaltungskosten. Verschiedene Beschwerden betrafen auch Überschussprognosen, welche sich im Nachhinein als zu optimistisch herausstellten. Obschon die Lebensversicherer beim Vertragsabschluss jeweils schriftlich bekanntgaben, dass Überschussbeteiligungen nicht prognostizierte Werte darstellen und nicht zugesichert werden können, fühlten sich die Versicherten schlecht beraten, da die abgegebenen Prognosen ihren Kaufentscheid erheblich beeinflusst hatten.

///

Im UVG-Bereich waren im Berichtsjahr 2011 in der italienischen Schweiz insgesamt 26 Fälle zu verzeichnen, welche zu keiner Intervention Anlass gaben. Hauptthemen waren die Kürzung oder Ablehnung der Leistungen wie auch allgemeine Informationen zur Versicherung.

Wie bereits in früheren Jahren betrafen einige Anfragen den Unfallbegriff, die Abgrenzung zur Krankheit sowie komplexe und zeitintensive Meinungsverschiedenheiten betreffend den vom Versicherer bestrittenen Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall und den bestehenden Gesundheitsbeschwerden. Verschiedene Anfragen hatten auch die Kriterien der Berechnung einer Integritätsentschädigung nach einem Unfall zum Gegenstand.

///

Im BVG-Bereich stand Anfragen zu Versicherungsleistungen und zur Möglichkeit einer vorzeitigen Pensionierung und deren Folgen im Vordergrund.

## Weitere Aktivitäten

Im Mai 2011 führte der Stiftungsratspräsident mit einer Delegation des Stiftungsrats und dem Ombudsman ein Gespräch mit dem Direktor der FINMA. Gegenstand dieses Treffens war der Vorschlag der FINMA im „Vertriebs-Bericht 2010“, eine Ombudsstelle für den gesamten Finanzdienstleistungssektor zu schaffen. Die Stellungnahme der Stiftung zuhanden der FINMA ist auf unserer Website ([www.versicherungsombudsman.ch](http://www.versicherungsombudsman.ch)) publiziert.

Im Berichtsjahr 2011 fanden zudem verschiedene direkte Kontakte des Ombudsman mit Mitgliedern der Geschäftsleitung einzelner Versicherer und verschiedene Treffen mit Ansprechpartnern der unserer Stiftung angeschlossenen Versicherungs-Gesellschaften statt. Diese Gespräche dienten einerseits der Klärung von grundsätzlichen Fragen und der Besprechung von Schwerpunktthemen, aber auch dem Meinungsaustausch zu Themen, welche nicht das Tagesgeschäft betreffen.

Der Ombudsman führte auch verschiedene Gespräche mit anderen Ombudsleuten durch, insbesondere dem Bankenombudsman, dem Ombudsman der Krankenversicherer und dem Ombudsman der Reisebranche. Bei diesen Kontakten wurden allgemeine

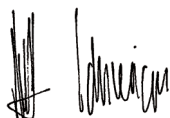
Themen besprochen, welche verschiedene Ombudsstellen beschäftigen, und diejenigen Fälle koordiniert, welche die Zuständigkeit von zwei Ombudsstellen tangierten.

Im Weiteren konnte der Ombudsman im Berichtsjahr auch verschiedene internationale Kontakte pflegen. Nebst der Teilnahme an der jährlichen Konferenz des „International Network of Financial Services Ombudsman Schemes“ hatte er die Möglichkeit, zwei Mal als Beobachter an einem Meeting der FIN-NET (Financial services complaint net) der Europäischen Union teilzunehmen, welchem alle EU- und EWR-Mitgliedstaaten angehören. Da grenzüberschreitende Probleme und Zuständigkeitsfragen künftig zunehmen dürften, sind diese Kontakte und der damit verbundene Informations- und Erfahrungsaustausch für die Ombudsstelle wichtig und wertvoll.

Zusätzlich zu einzelnen Kontakten mit Printmedien hatte der Ombudsman zudem die Möglichkeit, im November 2011 an einer „Treffpunkt“-Sendung von Radio DRS1 teilzunehmen, um Fragen von Versicherten direkt zu beantworten und die Zuhörer über die Tätigkeit der Ombudsstelle zu informieren.

## Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident



R. Schweiger

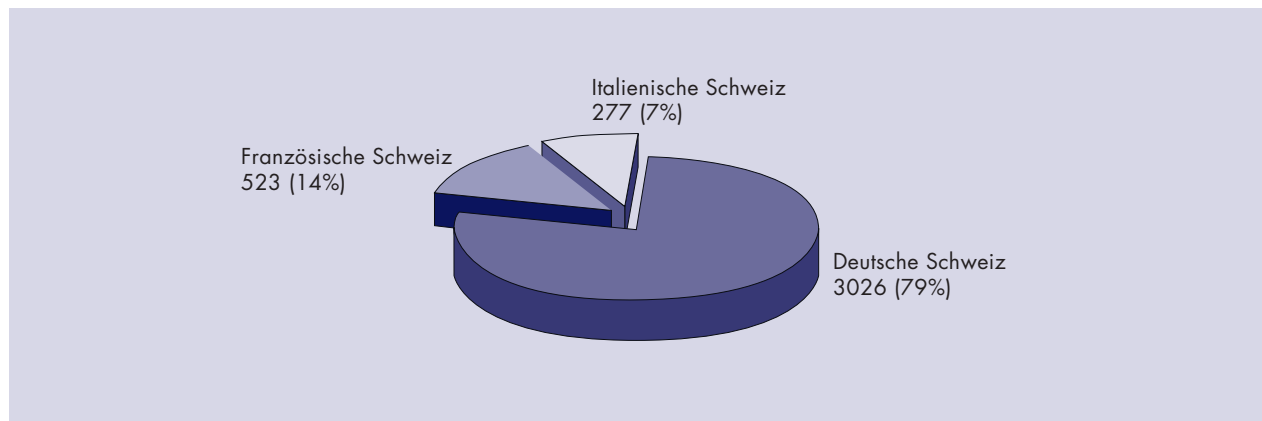
Der Ombudsman



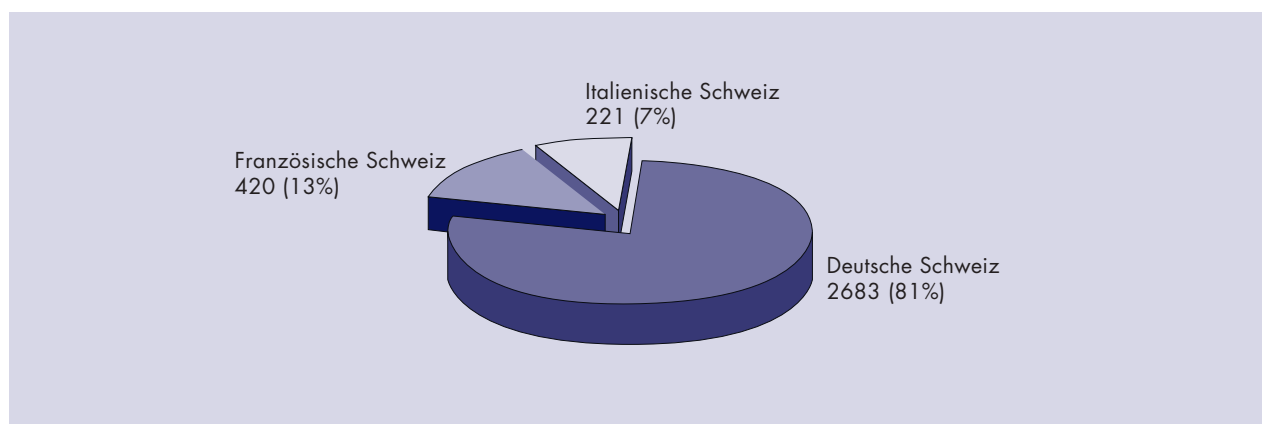
M. Lorenzon

# Statistiken 2011

## Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche

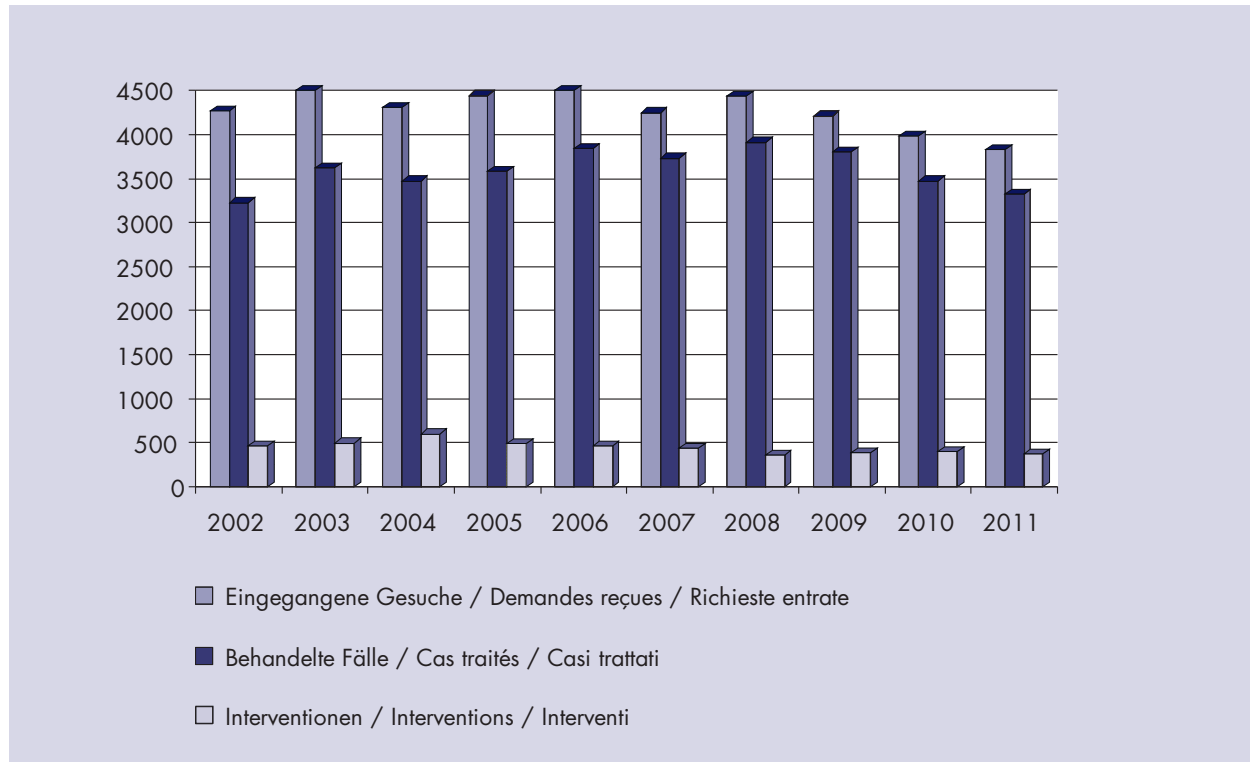


## Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle





## Tätigkeit 2002 bis 2011



## Angeschlossene Versicherungsgesellschaften

ACE Versicherungen  
AIG Europe (jetzt Chartis Europe SA)  
AIG Life  
Alba (jetzt Helvetia)  
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)  
Allianz Suisse Leben  
Appenzeller Versicherungen  
Aspecta  
Assista TCS SA  
Aurora Versicherungs AG (vormals Garanta)  
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)  
AXA Winterthur  
AXA Winterthur Leben  
Basler  
Basler Leben  
CAP Rechtsschutz  
Cardif  
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance  
Populaire  
Chartis Europe SA (vormals AIG Europe)  
Chubb  
Coop Rechtsschutz  
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse  
und Krankentaggeld)  
DAS  
Die Mobiliar  
Die Mobiliar Leben  
Elvia Reisen (jetzt Mondial Assistance Schweiz)  
Emmental Versicherung  
Epona  
Europäische Reiseversicherung  
Fortuna Rechtsschutz  
GAN  
Garanta (jetzt Aurora Versicherungs AG)  
Generali Allgemeine  
Generali Personen  
Genworth Financial  
Groupe Mutuel Vie  
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG  
(ausser Krankenkasse)  
HDI-Gerling (vormals Gerling)  
Helsana Unfall AG  
Helsana Rechtsschutz  
Helvetia (inkl. Ex-Alba, Ex-Phenix)  
Império  
Innova  
Inter Partner Assistance  
Mannheimer  
Mondial Assistance Schweiz (vormals Elvia)  
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)  
Orion  
Pax  
Phenix (jetzt Helvetia)  
Protekta  
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar  
Lebensversicherungs-Gesellschaft)  
Rentes Genevoises  
Retraites Populaires  
Sanitas (ausser Krankenkasse)  
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser  
Krankenkasse)  
Schweizerische Hagel  
Schweizerische National  
Schweiz. National Leben (inkl. Ex-Coop Leben)  
Skandia Vie SA  
smile.direct versicherungen (vormals Coop)  
Suva  
SuvaCare Militärversicherung  
Swiss Life  
Sympany  
TSM  
UBS Life AG  
UNIQA  
VA Versicherung der Schweizer Ärzte  
Genossenschaft  
Visana Versicherungen AG (ausser Krankenkasse  
und Krankentaggeld)  
Waadt  
Waadt Leben  
Winterthur ARAG (jetzt AXA ARAG)  
XL Insurance Switzerland  
Zenith Leben  
Zürich  
Zürich Leben



Ombudsman  
der Privatversicherung und der Suva  
In Gassen 14  
Postfach 2646  
8022 Zürich

Tel: 044 211 30 90  
Fax: 044 212 52 20  
E-Mail: [help@versicherungsombudsman.ch](mailto:help@versicherungsombudsman.ch)

Ombudsman  
de l'assurance privée et de la Suva  
Ch. des Trois-Rois 2  
Case postale 5843  
1002 Lausanne

Tél: 021 317 52 71  
Fax: 021 317 52 70  
E-Mail: [help@ombudsman-assurance.ch](mailto:help@ombudsman-assurance.ch)

Ombudsman  
dell'assicurazione privata e della Suva  
Via Giulio Pocobelli 8  
Casella postale 563  
6903 Lugano

Tel: 091 967 17 83  
Fax: 091 966 72 52  
E-Mail: [help@ombudsman-assicurazione.ch](mailto:help@ombudsman-assicurazione.ch)

[www.versicherungsombudsman.ch](http://www.versicherungsombudsman.ch)  
[www.ombudsman-assurance.ch](http://www.ombudsman-assurance.ch)  
[www.ombudsman-assicurazione.ch](http://www.ombudsman-assicurazione.ch)  
[www.insuranceombudsman.ch](http://www.insuranceombudsman.ch)