

**/// ombudsman
der privatversicherung und der suva**

38. Jahresbericht
1. Januar bis 31. Dezember 2010

STIFTUNG OMBUDSMAN DER PRIVATVERSICHERUNG UND DER SUVA

STIFTUNGSRAT: Rolf Schweiger, 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, a. Nationalrätin, Chur

OMBUDSFRAU: Dr. iur. Lili Nabholz-Haidegger, Rechtsanwältin
(bis 31.05.2010)

OMBUDSMAN: Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
(ab 01.06.2010)

OMBUDSSTELLE: Nathalie Tuor, Rechtsanwältin
Peter Arnold, Rechtsanwalt
Laura Meile, Rechtsanwältin (ab 1. November 2010)
Jacqueline Müller, Sekretariat
Dr.phil. Anne-Catherine De Zaiacomo, Sekretariat
Filip Bergamin, Praktikant

In Gassen 14, Postfach 2646, 8022 Zürich

Tel. 044 211 30 90

Fax 044 212 52 20

E-mail help@versicherungsombudsman.ch

ZWEIGSTELLEN:

Französische Schweiz: Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat
Ch. des Trois-Rois 5bis, Case postale 5843, 1002 Lausanne
Tel. 021 317 52 71
Fax 021 317 52 70
E-mail help@ombudsman-assurance.ch

Italienische Schweiz: Avv. Carlo Luigi Caimi
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

WEBSITE

www.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assurance.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch

STIFTUNG OMBUDSMAN DER PRIVATVERSICHERUNG UND DER SUVA

Zusammenfassung des Jahresberichts 2010

Im Berichtsjahr 2010 wurden der Ombudsstelle insgesamt 3983 Anliegen unterbreitet. Davon konnten 511 Fälle mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden. Der überwiegende Teil der Anfragen ausserhalb unserer Zuständigkeit betraf Krankenkassen-Angelegenheiten, deren Behandlung zur Aufgabe des Ombudsmann der Krankenversicherung gehört.

Im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle waren 3472 Anfragen und Beschwerden zu behandeln. Dies waren 333 Fälle weniger als im Vorjahr. Aufgeteilt nach Sprachregionen betrifft der Rückgang der Fallzahlen vor allem die deutsche Schweiz (von 3178 auf 2750), während die Zahlen in der italienischen Schweiz (mit einer Veränderung von 244 auf 240) nahezu konstant geblieben sind und diejenigen in der französischen Schweiz (von 383 auf 482) zugenommen haben.

Trotz rückläufiger Fallzahlen war 2010 ein sehr arbeitsintensives Jahr. Zugenommen hat wie bereits in den Vorjahren insbesondere die Komplexität der Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherungen. Deren Anteil an den behandelten Fällen ist zudem von 54% auf 56,3% angestiegen. Grösser als in den Vorjahren ist die Zahl umfangreicher Dossiers, bei denen sich schwierige Kausalitätsfragen stellten, weil bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits verschiedene Gesundheitsprobleme bestanden. Zugenommen haben auch Beschwerdefälle gegen die Einstellung von Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeitsleistungen nach relativ kurzer Bezugsdauer, in denen die Meinungen der behandelnden Ärzte und der Vertrauensärzte der Versicherer diametral auseinander gingen. Stark beschäftigt haben die Ombudsstelle im Weiteren zahlreiche rechtlich anspruchsvolle Beschwerden zum Thema Informationen des Versicherungsnehmers beim Abschluss von Fondspolice ohne garantierte Leistung im Erlebensfall, welche mit einer Einmaleinlage finanziert wurden.

3072 Fälle konnten direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. In 400 Fällen bzw. 11,5% aller Anfragen kam es zu Interventionen.

131 Interventionsfälle (32,8%) gaben Anlass zu Mehrfachinterventionen. Diese betrafen vor allem die Branchen Leben, Krankentaggeld und das UVG, wo sich besonders oft komplexe Sachverhalts- und Rechtsfragen stellen. Wie im Vorjahr war es in den Branchen Krankentaggeld und Leben fast in jedem zweiten Fall nötig, mindestens zwei Mal bei der Gesellschaft vorstellig zu werden. In diesen Branchen sowie im UVG-Bereich liegen die Positionen der Parteien häufig sehr weit auseinander. Dementsprechend waren die zu einer Annäherung der Positionen nötigen Verhandlungen intensiv.

In 66,4% der Interventionsfälle konnte für die Beschwerdeführenden ein positives Resultat erreicht werden.

Inhaltsverzeichnis

1.	UEBERSICHT UEBER DAS BERICHTSJAHR 2010	1
1.1.	Entwicklung der Fallzahlen	1
1.2.	Anliegen und Beschwerden pro Branche	3
1.3.	Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren	3
1.4.	Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft	4
1.4.1.	Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung	4
1.4.2.	Aufgliederung nach Sprachregionen	4
1.4.3.	Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden	5
1.5.	Interventionsfälle	6
1.5.1.	Interventionsquoten	6
1.5.2.	Interventionen pro Branche/Bereich	7
1.5.3.	Interventionserfolgsquote	8
2.	ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VERSICHERUNGS-GESELLSCHAFTEN	8
3.	TAETIGKEIT DER OMBUDSSTELLE BEZOGEN AUF DIE EINZELNEN BRANCHEN	10
3.1.	Der Bereich Privatversicherungen	10
3.1.1.	Der Leben-Bereich	10
3.1.2.	Der Nichtleben-Bereich	11
3.2.	Der UVG-Bereich	15
3.3.	Der Bereich Berufliche Vorsorge	18
4.	DIE ZWEIGSTELLEN	21
4.1.	Die Zweigstelle der französischen Schweiz	21
4.2.	Die Zweigstelle der italienischen Schweiz	23
5.	WEITERE AKTIVITÄTEN	25
6.	MEDIENKONFERENZ	25
7.	PERSONELLE MUTATIONEN	27

1. UEBERSICHT UEBER DAS BERICHTSJAHR 2010

1.1. Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2010 wurden der Ombudsstelle 3983 (Vorjahr 4210) Anfragen und Beschwerden unterbreitet. Die Website der Ombudsstelle verzeichnete 7140 Besuche.

Anfragen total	Zuständigkeit	Direkte Erledigung	Interventionen
3983 (4210) ¹	3472 (3805)	3072 (3416)	400 (389)

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

Sachbereich	2010	2009
AHV	12	11
ALV	10	3
IV	45	31
Krankenkassen	284	265
Kantonale Versicherungen	7	3
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	13	6
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	39	20
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	39	16
Diverses	60	47
Mutterschaftsversicherung	2	3
Total	511	405

1.1.1.

Die Anfragen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs sind im Vorjahresvergleich um 106 Fälle angestiegen. Der überwiegende Teil dieser Anfragen (284 Fälle) bezieht sich wie in früheren Jahren auf Probleme mit Krankenkassen, bei welchen wir die Beschwerdeführenden an den hierfür zuständigen Ombudsman der Krankenversicherung weiter verweisen mussten.

Obschon die Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich im Vorjahresvergleich um 333 auf 3472 zurückgegangen sind, handelte es sich um ein arbeitsintensives Jahr.

¹ Wert des Vorjahres in Klammer

Zugenommen hat insbesondere die Komplexität der Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherungen. Grösser als in den Vorjahren ist im Speziellen die Anzahl von umfangreichen Dossiers, bei denen sich schwierige Kausalitätsfragen stellten, weil bei Eintritt eines Versicherungsfalles bereits verschiedene Gesundheitsprobleme bestanden. Rechtlich anspruchsvoll waren zahlreiche komplexe Beschwerdefälle im Zusammenhang mit fondsgebundenen Lebensversicherungspolicen. Die Bearbeitung dieser Fälle war oft mit umfangreichem Aktenstudium und zahlreichen Korrespondenzen verbunden, was sich allein aus der Statistik nicht herauslesen lässt.

Der Anteil von Anfragen im Bereich der Personenversicherungen (1954 von 3472 Fällen) ist von 54% auf 56,3% angestiegen.

1.1.2.

Im Personenversicherungsbereich entfielen 637 Fälle (651) auf die obligatorische Unfallversicherung, gefolgt von 569 (475) Anfragen zu Krankentaggeld-Versicherungen, 534 (648) zu Lebensversicherungen. 151 (233) im BVG-Bereich und 63 (49) im Zusammenhang mit privaten Unfallversicherungen.

Obligatorische Unfallversicherung	637	(651)
Krankentaggeld-Versicherung	569	(475)
Lebensversicherung	534	(648)
BVG-Bereich	151	(233)
Private Unfallversicherung	63	(49)

Die Verschiebung in der bisherigen Rangliste der Fallzahlen bei den Personenversicherungen ist vor allem bedingt durch eine starke Zunahme der Anfragen in der Krankentaggeld-Branche um 19,8%, einem markanten Rückgang der Anzahl Fälle im BVG-Bereich um 35,2% und einem Rückgang der Fälle in der Branche Leben um 17,6%.

Ein deutlicher Rückgang der Anfragen fand auch in den Branchen Autohaftpflicht mit 303 Fällen (354) und im Bereich Haftpflicht (Privat-, Betriebs- und Berufshaftpflicht) mit 304 Fällen (350) statt.

1.2. Anliegen und Beschwerden pro Branche

BRANCHE	2010	A	B	C	D	2009
Autohaftpflicht	303	52	69	146	36	354
Arbeitslosigkeit	5	0	1	3	1	1
Diebstahl	55	4	0	42	9	83
Fahrzeugkasko	134	28	31	61	14	119
Feuer/Elementar	25	2	1	15	7	33
Gebäude/Glas	71	21	13	31	6	61
Haftpflicht	304	41	23	212	28	350
Hausrat	180	55	44	64	17	202
Kautions	4	0	2	2	0	4
Krankheit	569	91	56	334	88	475
Leben	534	239	24	193	78	648
Maschinen	0	0	0	0	0	2
Rechtsschutz	245	61	18	111	55	307
Reise	91	25	4	54	8	104
Schmuck	4	1	0	2	1	6
Tiere	3	0	0	2	1	3
Transport	2	1	0	1	0	8
Unfall privat	63	19	5	28	11	49
Wasser	56	6	3	42	5	63
Kreditgarantie	36	3	1	20	12	49
UVG	637	55	219	268	95	651
BVG	151	25	48	70	8	233
TOTAL	3472	729	562	1701	480	3805

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

1.3. Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

Bereich	2010	2009	2008	2007	2006
Leben	534	648	752	654	627
Autohaftpflicht	303	354	337	359	470
Krankheit	569	475	332	358	407
Allgemeine Haftpflicht	304	350	374	333	343
UVG	637	651	712	472	501

1.4. Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

1.4.1. Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahr 2010 wandten sich

- 2082 (2195) Männer
- 1596 (1651) Frauen
- 305 (364) Unternehmen, Behörden und Organisationen
an die Ombudsstelle.

Eine Analyse dieser Zahlen zeigt, dass das Verhältnis der Anfragen von Männern zu denjenigen von Frauen und Unternehmen auch bezogen auf die einzelnen Branchen gilt. Ausnahmen bilden die Branchen Schmuckversicherung und private Unfallversicherung, in denen sich mehr Frauen als Männer an die Ombudsstelle gewandt haben.

1.4.2. Aufgliederung nach Sprachregionen

Betrachtet man die Entwicklung der Fallzahlen in den verschiedenen Sprachregionen, weisen diejenigen der französischen Schweiz eine Zunahme auf, während die Zahlen in der italienischen Schweiz nahezu konstant geblieben sind und diejenigen in der deutschen Schweiz abgenommen haben.

Eingegangene Gesuche total	2010	2009	Differenz
Deutsche Schweiz	3075	3361	- 286
Französische Schweiz	593	523	+ 70
Italienische Schweiz	315	326	- 11
Total	3983	4210	- 227
Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2010	2009	Differenz
Deutsche Schweiz	2750	3178	- 428
Französische Schweiz	482	383	+ 99
Italienische Schweiz	240	244	- 4
Total	3472	3805	- 333

1.4.3. Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden

	Total/ total/ totale	VVG/ LCA/ LCA	UVG/ LAA/ LAINF	BVG/ LPP/ LPP	Unzuständig / pas de notre compétence / incompétente
AG	280 (271)	190 (195)	57 (54)	8 (11)	25 (11)
AI	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
AR	20 (16)	14 (10)	6 (5)	0 (0)	0 (1)
BE	373 (381)	283 (267)	46 (64)	13 (28)	31 (22)
BL	124 (153)	94 (105)	12 (26)	5 (9)	13 (13)
BS	133 (143)	90 (106)	19 (26)	5 (2)	19 (9)
FR	87 (90)	63 (56)	10 (7)	3 (3)	11 (24)
GE	142 (132)	102 (101)	15 (6)	1 (1)	24 (24)
GL	16 (29)	11 (17)	5 (6)	0 (2)	0 (4)
GR	65 (73)	39 (47)	15 (15)	1 (5)	10 (6)
JU	16 (21)	13 (17)	1 (0)	1 (1)	1 (3)
LU	167 (175)	104 (117)	36 (34)	8 (14)	19 (10)
NE	47 (76)	28 (54)	11 (9)	0 (2)	8 (11)
NW	12 (14)	8 (8)	2 (4)	1 (0)	1 (2)
OW	7 (15)	5 (9)	1 (5)	0 (1)	1 (0)
SG	173 (196)	125 (154)	23 (23)	8 (12)	17 (7)
SH	40 (41)	24 (21)	8 (10)	4 (3)	4 (7)
SO	79 (118)	59 (86)	13 (11)	2 (11)	5 (10)
SZ	59 (57)	44 (45)	10 (6)	3 (1)	2 (5)
TG	94 (95)	69 (75)	15 (8)	2 (4)	8 (8)
TI	323 (330)	221 (225)	15 (20)	11 (13)	76 (72)
UR	3 (20)	2 (17)	0 (2)	1 (1)	0 (0)
VD	316 (277)	215 (180)	35 (22)	10 (8)	56 (67)
VS	113 (92)	81 (66)	17 (11)	6 (6)	9 (9)
ZG	66 (55)	42 (37)	12 (13)	6 (4)	6 (1)
ZH	1088 (1175)	676 (793)	231 (236)	41 (83)	140 (63)
Aus- land/étranger/ Estero	139 (163)	81 (111)	22 (28)	11 (8)	25 (16)
Insgesamt Total/totale	3983 (4210)	2684 (2921)	637 (651)	151 (233)	511 (405)

1.5. Interventionsfälle

Im Berichtsjahr sind die Interventionsquoten in allen Bereichen (VVG, UVG, BVG) leicht angestiegen. Gleichzeitig hat auch die Anzahl der Interventionen trotz Rückgangs der Fallzahlen von 389 auf 400 zugenommen. Dies ist nicht auf eine Änderung der bisherigen Interventionspolitik zurückzuführen. Diese ist nach wie vor unverändert. Der Entscheid, ob interveniert wird, hängt ausschliesslich vom Inhalt der unterbreiteten Dossiers ab. Mehrfachinterventionen in derselben Angelegenheit werden in der nachstehenden Tabelle als eine Intervention erfasst.

	2010	2009	Differenz	
Deutsche Schweiz	332	322	+	10
Französische Schweiz	51	53	-	2
Italienische Schweiz	17	14	+	3
Total	400*	389	+	11

* Davon waren Ende 2010 348 abgeschlossen.

1.5.1. Interventionsquoten

Privatversicherung	12.5%	(11.6%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	7.8%	(5.4%)
Sammelstiftungen BVG	10%	(6.9%)

Dass die Interventionsquote im UVG-Bereich tiefer ist als in den anderen Bereichen, liegt daran, dass die Zuständigkeit der Ombudsstelle gemäss Reglement der Stiftung „Ombudsman der Privatversicherung und der Suva“ in UVG-Angelegenheiten nicht mehr gegeben ist, sobald der UVG-Versicherer eine Verfügung erlassen hat.

In 131 Fällen, d.h. 32,8% aller Interventionen gab es Anlass zu Mehrfachinterventionen. Diese betrafen wie im Vorjahr vor allem die Branchen Leben, Krankentaggeld und das UVG, wo sich besonders oft komplexe Sachverhalts- und Rechtsfragen stellten. Wie im Vorjahr war es in den Branchen Leben und Krankentaggeld fast in jedem zweiten Interventionsfall nötig, mindestens zwei Mal bei der Gesellschaft vorstellig zu werden. In diesen Branchen sowie im UVG-Bereich liegen die Positionen der Parteien bezüglich des Sachverhalts und der sich stellenden Rechtsfragen häufig sehr weit auseinander. Die zu einer Annäherung der Positionen nötigen Verhandlungen waren dementsprechend intensiv.

Zweitinterventionen waren in einigen Fällen aber auch deshalb nötig, weil die Stellungnahmen der Versicherer zu Erstinterventionen mit zuwenig konkretem Fallbezug oder mit solch kurzer Begründung abgefasst wurden, dass eine erneute Kontaktaufnahme unumgänglich war.

1.5.2. Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total Int.
Autohaftpflicht	270	24	8	1	0	33
Arbeitslosigkeit	5	0	0	0	0	0
Hausrat	161	16	3	0	0	19
Diebstahl	46	7	1	1	0	9
Elementar	11	4	0	0	0	4
Feuer	9	0	1	0	0	1
Kasko	119	10	5	0	0	15
Gebäude	60	3	1	0	0	4
Glas	6	1	0	0	0	1
Haftpflicht	255	37	10	2	0	49
Krankheit	519	26	21	2	1	50
Kautions	2	2	0	0	0	2
Kreditgarantie	27	5	4	0	0	9
Leben	463	36	27	6	2	71
Maschinen	0	0	0	0	0	0
Reise	66	20	3	2	0	25
Rechtsschutz	224	14	5	2	0	21
Schmuck	4	0	0	0	0	0
Transport	2	0	0	0	0	0
Tier	3	0	0	0	0	0
Unfall privat	50	12	0	1	0	13
Wasser	47	7	2	0	0	9
UVG	587	37	11	2	0	50
BVG	136	8	4	1	2	15
Insgesamt	3072	269	106	20	5	400

1.5.3. Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2010 abgeschlossenen 348 Interventionen war in 231 Fällen (66,4%) positiv und in 104 Fällen (29,9%) negativ. In 13 Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn

- es um reine Informationsfragen geht
- wenn die Ombudsstelle ihre Vermittlungstätigkeit beenden muss, weil die Beschwerde führende Partei während einer laufenden Intervention eine Fachperson (z.B. Anwalt, Rechtsschutz-Versicherung, Treuhänder, etc.) eingeschaltet hat
- wenn eine Intervention gegenstandslos wird, weil sich die entgegenkommende Antwort einer Gesellschaft mit einer Intervention kreuzt.

Dass fast zwei Drittel aller Interventionen zu einem Entgegenkommen geführt haben, zeigt die Bereitschaft der Versicherer, zufriedenstellende Lösungen zu finden, wo sich dies im Einzelfall aufgrund der vertraglichen und gesetzlichen Regelungen rechtfertigt.

Entgegenkommende Lösungen konnten in Einzelfällen aber auch mit ausserrechtlichen Argumenten erreicht werden. Der Ombudsman bringt ausserrechtliche Argumente vor allem dann vor, wenn soziale Aspekte wichtig sind, wenn es um Härtefälle geht, oder wenn die alleinige Anwendung des Rechts im konkreten Einzelfall zu einem unbefriedigenden Ergebnis führt.

In der grossen Mehrheit der Fälle, in denen die Gesellschaft an ihrer ursprünglichen Position festhielt, konnte die Ombudsstelle die vom Versicherer dargelegten Gründe nachvollziehen.

2. ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VERSICHERUNGS-GESELLSCHAFTEN

Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Versicherungs-Gesellschaften funktionierte in den meisten Fällen gut. Dies gilt sowohl bezüglich der Ernsthaftigkeit und Seriosität, mit welcher die Interventionen geprüft wurden, als auch bezüglich der Qualität der Stellungnahmen, welche in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert waren. Dies ist nicht zuletzt auf das seit Jahrzehnten bewährte Ansprechpartner-Prinzip zurückzuführen. Der Ombudsman hat bei den meisten angeschlossenen Versicherern eine direkte Ansprechperson auf Direktions- oder Geschäftsleitungsebene. Dies dient insbesondere dem Ziel, dass sich auf Seite des

involvierten Versicherers ein Entscheidungsträger mit den nötigen Kompetenzen mit dem unterbreiteten Beschwerdefall befasst, und dass die Angelegenheit auch auf Seiten der Gesellschaft möglichst unbefangen, neutral bzw. mit neuen Augen, d.h. durch eine bisher noch nicht in die Fallbearbeitung involvierte Person in Wiedererwägung gezogen wird.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle beträgt im Personenversicherungsbereich durchschnittlich vier bis sechs Wochen. In den anderen Branchen (Nichtlebenbereich, d.h. Haftpflicht- und Sachversicherungen, etc.) ist die Bearbeitungsdauer mit durchschnittlich vier Wochen eher etwas kürzer geworden. Bei Mehrfachinterventionen dauert die Vermittlungstätigkeit entsprechend länger. Das Gleiche gilt auch in Interventionsfällen, die weitere medizinische Abklärungen durch externe Ärzte bedingen, auf deren Speditivität nur geringe Einflussmöglichkeiten bestehen. Die speditive Bearbeitung hat erfahrungsgemäss einen entscheidenden Einfluss auf die Zufriedenheit der Beschwerdeführenden mit der Tätigkeit der Ombudsstelle und dem Beschwerdemanagement der Versicherer.

Unbefriedigend war die Zusammenarbeit mit Versicherern in wenigen Einzelfällen. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn Stellungnahmen zu routinemässig bzw. schematisch abgegeben wurden. Erwähnt sei auch ein Fall, in welchem die Ausstellung einer Verjährungseinrede-Verzichtserklärung frühzeitig erbeten, jedoch erst unmittelbar vor Verjährungseintritt ausgestellt wurde.

In einigen weiteren Fällen musste von Seiten der Ombudsstelle die Bearbeitungsdauer beanstandet werden. Insbesondere bei komplexen Fällen im Personenversicherungsbereich, bei denen schwierige Fragen (z.B. hinsichtlich der Kausalitäten oder des Vorliegens eines Unfalls im Rechtssinn) zu beurteilen sind, wäre es zudem wünschenswert, wenn die Begründungen ausführlicher und fallbezogener ausfallen würden.

3. TAETIGKEIT DER OMBUDSSTELLE BEZOGEN AUF DIE EINZELNEN BRANCHEN

3.1. Der Bereich Privatversicherungen

3.1.1. Leben-Bereich

Die Analyse der Fallzahlen im Lebensversicherungsbereich zeigt, dass vor allem Anfragen zu Überschuss-Beteiligungen bei Einmalprämien-Policen mit garantierter Erlebensfall-Zahlung abgenommen haben, welche mit 10-jähriger oder längerer Laufzeit abgeschlossen worden sind. Die Anzahl der im Jahresbericht 2009 erwähnten Beschwerdefälle von Versicherungsnehmern, die während der 10-jährigen Laufzeit ihrer Fondspolicen einen grossen Anteil ihrer Einmaleinlage verloren haben, nahm im Berichtsjahr weiterhin zu.

Die betreffenden Fälle beziehen sich allesamt auf Fondspolicen ohne garantierte Leistung im Erlebensfall.

Die Zunahme der Beschwerdefälle betrifft das Thema Informationen des Versicherungsnehmers. Die Beschwerdeführenden können zwar den Vertrags-Unterlagen entnehmen, dass sie das mit den gewählten Fonds verbundene Anlagerisiko tragen. Häufig sind sie jedoch nicht darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass auch nach Bezahlung der „Einmalprämie“ weitere Risikoprämien und Verwaltungskosten anfallen, und dass diese mittels Verkauf von Fondsanteilen finanziert werden. Ein Teil der Beschwerdeführenden erhielt zwar entsprechende Informationen, wurde jedoch nicht darauf hingewiesen, dass die Prämien für das Todesfallrisiko variabel sind, bzw. bei sinkendem Wert der Fondsanlage ansteigen, weil bei wachsender Differenz zwischen Fondsanlagewert und Todesfall-Versicherungssumme das Risiko des Versicherers ansteigt, und dass deshalb bei fallendem Wert der Fondsanteile zusätzlich die Anzahl der Fondsanteile vermindert wird. Die Vertragsunterlagen erwähnten diesen Mechanismus ebenfalls nicht.

Die Ombudsstelle stellte sich bei den involvierten Lebensversicherern nach intensiven rechtlichen Abklärungen auf den Rechtsstandpunkt, dass diese Informationen essentialia des Vertrages darstellen, welche auch in den AVB hätten erwähnt werden müssen, und über die (unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Genehmigung des Versicherungsprodukts und des Prämientarifs) beim Vertragsabschluss eine Einigung zwischen den Vertragsparteien nötig

gewesen wäre. Eine nachträgliche stillschweigende Genehmigung dieser essentialia wurde nach Auffassung der Ombudsstelle verneint.

In einzelnen Fällen konnte die Ombudsstelle eine einvernehmliche Lösung zwischen den Versicherern und den Beschwerdeführenden erreichen. In verschiedenen Fällen hat der Ombudsman den Beschwerdeführenden nach Scheitern der Vermittlungsbemühungen aufgrund der vorgenommenen Rechtsabklärungen den Beizug eines Anwalts empfohlen.

3.1.2. Der Nichtleben-Bereich

3.1.2.1.

Bei Sachversicherungen stand wie bis anhin meistens die Leistungsseite im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Vertrag inkl. Deckungsumfang, Vertragskündigungen sowie Verfahrensbeschwerden.

Einige Anfragen zum Deckungsumfang bezogen sich auf die in Hausrat- oder Gebäudeversicherungspolicen integrierte Wasserschaden-Versicherung. Bei der Bearbeitung derselben haben wir festgestellt, dass vielen Versicherten nicht bekannt ist, dass sich die Deckung auf Wasserfolgeschäden bezieht, die auf eine gedeckte Schadensursache z.B. einen Leitungsbruch zurückzuführen sind, und dass die Kosten für die Behebung der Schadensursache nicht gedeckt sind (ausgenommen sind z.T. Frostschäden und begrenzte Beiträge zur Lecksuche und Leitungsfreilegung).

Verschiedentlich hatten wir uns auch mit Leistungskürzungen infolge Unterversicherung zu befassen. Diese betrafen insbesondere Fälle, in denen die Versicherungsnehmer trotz Vergrößerung des Hausrats keine Erhöhung der Versicherungssumme ihrer Police beantragt hatten. Die Betroffenen konnten zwar nachvollziehen, dass eine Unterversicherung besteht, wenn die Versicherungssumme kleiner ist als der Gesamtwert der (überwiegend zum Neuwert) versicherten Hausratsgegenstände. Sie gingen jedoch fälschlicherweise davon aus, dass der Versicherer bei Bestehen einer Unterversicherung keine Leistungskürzung vornehmen kann, wenn der eingetretene Schaden kleiner ist als die zu tiefe Versicherungssumme. In diesen Fällen mussten wir den betroffenen Versicherten darlegen, dass der Versicherer ohne Vorliegen einer Versicherung auf "erstes Risiko" oder der Anwendbarkeit einer entgegenkommenden Vertragsklausel (z.B. Nichtanrechnung der Unterversicherung, wenn diese kleiner als 10% der Versicherungssumme ist) eine Leistungskürzung vornehmen kann.

Ähnliche Probleme stellten sich teils bei Diebstahlereignissen, in denen die Bestohlenen über umfangreichen und wertvollen Schmuck, jedoch über keine Schmuckversicherung verfügten. In verschiedenen Fällen übersahen die Versicherungsnehmer, dass Schmuckgegenstände nur bis zu einer gewissen Entschädigungsgrenze über die Hausratpolice mitversichert sind, und dass für ausreichenden Versicherungsschutz der Abschluss einer separaten Schmuckversicherung nötig gewesen wäre.

Angestiegen sind insbesondere die Beschwerdefälle im Zusammenhang mit Diebstahlereignissen in Pflegeheimen und im öffentlichen Raum.

3.1.2.2.

Die Beschwerden in der Branche Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung betrafen überwiegend Beweisfragen bezüglich des Schadenhergangs und der Verschuldenslage nach Fahrzeug-Kollisionen. Zudem lag ein Schwerpunkt bei Anfragen zu Halterwechseln, Anzeigepflichtverletzungen und Reklamationen bezüglich ungebührlich langer Bearbeitungsdauer durch den Versicherer.

Einige Anfragen in der Branche Motorfahrzeug- und Haftpflichtversicherung betrafen Haftungskollisionsfälle (Motorfahrzeughalter/Tierhalter oder Motorfahrzeughalter/Werkeigentümer), bzw. Ereignisse, bei denen ein Motorfahrzeug durch ein ungenügend beaufsichtigtes Tier oder aufgrund eines Werkmangels an einem Gebäude, z.B. wegen des zu früh schliessenden automatischen Tors einer Tiefgarage, beschädigt worden war. Häufig war in entsprechenden Fällen einiges an Erklärungsarbeit nötig, um den Beschwerdeführenden deutlich zu machen, dass sie den eingetretenen Schaden aufgrund der Betriebsgefahr ihres Motorfahrzeugs trotz Schuldlosigkeit am Schadenseintritt und Kausalhaftung des Tierhaltes bzw. Werkeigentümers teilweise selber zu tragen haben.

Bei der Prüfung der uns unterbreiteten Anliegen im Motorfahrzeug-Haftpflichtbereich ist uns aufgefallen, dass Leistungsablehnungen vermehrt ohne begründete Bezugnahme auf den Sachverhalt und die Strassenverkehrsregeln vorgenommen werden. In vielen Fällen beinhalten sie lediglich den Hinweis, die Haftung ihres Versicherten sei mangels Nachweises des Verschuldens nicht gegeben. Entsprechendes Vorgehen erschwert letztlich die Akzeptanz korrekter Leistungsablehnungen und ist konflikträchtig.

In Haftpflichtfällen mussten wir einigen Versicherten darlegen, dass sie sich als Geschädigte die Amortisation des beschädigten Gegenstands anrechnen lassen müssen und keinen Anspruch auf den Neuwert haben. Zu Interventionen führten vor allem diejenigen Schadenfälle,

in denen Versicherungs-Gesellschaften aufgrund von Amortisationstabellen wegen des Alters beschädigter Gegenstände eine Entschädigung ablehnten, jedoch nicht berücksichtigten, dass diese sich trotz Ablauf der „durchschnittlichen Lebensdauer“ im Zeitpunkt des Schadenseintritts noch in einwandfreiem oder zumindest funktionstüchtigem Zustand befanden. In entsprechenden Fällen konnte regelmässig eine entgegenkommende Lösung erreicht werden.

3.1.2.3.

Eine grosse Anzahl der Beschwerdefälle zu Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeitsleistungen bezog sich auf deren Einstellung nach kurzer Bezugsdauer. Die Ombudsstelle haben Fälle intensiv beschäftigt, in denen die Meinungen der behandelnden Ärzte und der Vertrauensärzte der Versicherer diametral auseinander gingen. Da die Ombudsstelle über keinen medizinischen Dienst verfügt und sich deshalb keine eigene Ärztemeinung bilden kann, hielten wir die Versicherten verschiedentlich an, ihrerseits zur Stützung ihres Standpunkts eine fachärztliche Beurteilung/Stellungnahme einzuholen. In Fällen, in denen wir den Eindruck hatten, dass der beratende Arzt des Versicherers nicht sämtliche relevanten Aspekte geprüft oder in deren Würdigung weitere Arztberichte nicht berücksichtigt hatte, ersuchten wir die Versicherungs-Gesellschaften um zusätzliche medizinische Abklärungen oder die Veranlassung eines Obergutachtens. Das Gleiche war der Fall, wenn uns die Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes nicht schlüssig und überzeugend erschienen. Dies führte oft zu einem Entgegenkommen zugunsten der versicherten Person. War dies nicht der Fall, so konnte für die Versicherten zumindest mehr Klarheit bezüglich der Sach- und Rechtslage geschaffen werden.

In einigen Fällen von Anzeigepflicht-Verletzungen war zu prüfen, ob die beim Vertragsabschluss nicht oder falsch beantwortete Gesundheitsfrage den Eintritt des versicherten Ereignisses begünstigt hatte und die deshalb erfolgte Ablehnung von Versicherungsleistungen gerechtfertigt war. In einem Fall kündigte die involvierte Gesellschaft wegen Verschweigens psychischer Probleme im Antragsformular den Versicherungsvertrag und lehnte die beantragten Leistungen wegen psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ab. Bei der Beurteilung des Falles blieb jedoch unberücksichtigt, dass der Versicherungsnehmer vor Geltendmachung der Anzeigepflicht-Verletzung auch noch einen Hirnschlag erlitten hatte, welcher in keinem Zusammenhang mit den nicht deklarierten Gefahrstatsachen stand und ebenfalls eine vollständige Erwerbsunfähigkeit begründete. Die Ombudsstelle machte gegenüber dem Versicherer geltend, dass die Leistungspflicht nur in denjenigen Schadenfällen abgelehnt werden kann, deren Eintritt durch die bei Vertragsabschluss falsch oder unvollständig bekannt gegebene Gefahrstatsache begünstigt wurde, nicht jedoch in denjenigen Schadenfäl-

len, in denen kein entsprechender Kausalzusammenhang besteht. Aufgrund der Intervention der Ombudsstelle konnte eine entgegenkommende Lösung gefunden werden.

3.1.2.4.

Die Anzahl der Beschwerdefälle gegen Reiseversicherer, welche Leistungsablehnungen wegen vorbestehender Leiden bei Heilungskostenversicherungen für Gäste aus dem Ausland betreffen, ist stark zurückgegangen. Weiter zugenommen haben indes Beschwerden von versicherten Personen, welche im Ausland erkrankt oder verunfallt sind. Dabei ging es auch im Berichtsjahr vor allem um die Ablehnung oder Kürzung von Versicherungsleistungen, weil die Betroffenen ihre medizinisch notwendige Rückreise selber organisiert hatten, anstatt entsprechend den Vertragsbestimmungen mit der Alarmzentrale ihres Reiseversicherers Kontakt aufzunehmen. In verschiedenen Interventionsfällen konnte eine entgegenkommende Lösung erwirkt werden. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherer überzeugt werden konnten, dass die vorgeworfene Obliegenheitsverletzung aufgrund des z.T. besorgniserregenden Gesundheitszustands der Betroffenen entschuldbar war, oder wenn der Versicherte bei der Organisation seiner Rückreise trotz entsprechender Unterlassung sämtliche ihm zumutbaren Schadenminderungsmassnahmen getroffen hatte.

Die auf den Vulkanausbruch in Island vom Frühjahr 2010 zurückzuführenden Flugverbote in weiten Teilen Europas führten erstaunlicherweise nur zu wenigen Anfragen von Reiseversicherten. Das Gleiche gilt bezüglich der Folgen der Umweltkatastrophe vom April 2010 im Golf von Mexiko und der Brände vom August 2010 in Russland.

3.1.2.5.

Bei Kreditgarantieversicherungen wurde uns ein Fall unterbreitet, in dem der Versicherer Leistungen bei Arbeitslosigkeit ablehnte, nachdem die Versicherte kurz nach einem Stellenverlust und einem nahtlosem Stellenwechsel erneut eine Arbeitsstelle verloren hatte. Die entsprechende Ablehnung wurde damit begründet, dass gemäss den AVB bei Arbeitslosigkeit keine Deckung besteht, wenn die Versicherte die Arbeitsstelle in der Probezeit verliert. Die Leistungsablehnung stand zwar im Einklang mit den AVB, musste im konkreten Fall jedoch als stossend bezeichnet werden, weil die Versicherte Versicherungsleistungen erhalten hätte, wenn sie nach dem ersten Stellenverlust arbeitslos geblieben wäre. Dies war jedoch nicht der Fall, weil sie alles Zumutbare unternommen hatte, um direkt im Anschluss an ihren Stellenverlust eine neue Stelle zu finden. Da der Verlust der neu angetretenen Arbeitsstelle keine Sanktionen der Arbeitslosenversicherung wegen Selbstverschuldens nach sich zog, nahm der Versicherer nach Intervention der Ombudsstelle Abstand von seiner zuerst ablehnenden Position.

In einem Fall kündigte ein Kreditratenversicherer eine Police und stellte gestützt auf die AVB seine Leistungen im laufenden Versicherungsfall per Kündigungstermin ein. Dies führte im konkreten Fall zu einer erheblichen Verkürzung der maximalen Leistungsdauer im laufenden Schadenfall infolge krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Nachdem die Ombudsstelle dem Versicherer dargelegt hatte, dass entsprechende Leistungsbegrenzungen in den AVB gemäss geltender Gerichtspraxis als ungewöhnlich bezeichnet werden müssen und deshalb ungültig sind, führte der Versicherer den Vertrag weiter und nahm die Leistungen wieder auf.

3.1.2.6.

Die Meinungsverschiedenheiten, die der Ombudsstelle in der Branche Rechtsschutz unterbreitet wurden, bezogen sich vor allem auf Fragen der zeitlichen Versicherungsdeckung und der Dauer der Schadenbearbeitung. In Einzelfällen baten uns Beschwerdeführende die vom Rechtsschutz-Versicherer geltend gemachte Aussichtslosigkeit zu prüfen. Diese mussten wir nicht nur deshalb ablehnen, weil die zu beurteilende Streitigkeit des Versicherten mit einem Dritten keine versicherungsrechtliche Frage betraf, sondern weil der Ombudsman als Vermittler nicht anstelle des bei Aussichtslosigkeitsverfahren gesetzlich vorgesehenen Schiedsverfahrens treten kann und darf.

3.2. Der UVG-Bereich

3.2.1.

Die Zahl der Anfragen war mit 637 im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr (651) leicht rückläufig (- 2%). 553 Fälle (589) entfielen auf die deutsche, 60 (36) auf die französische und 24 (26) auf die italienische Schweiz. Die Anfragen aus der Deutschschweiz gingen um rund 6%, jene der italienischen Schweiz um knapp 8% zurück. Die Westschweiz verzeichnete einen Anstieg um zirka 66%. Dies allerdings bei insgesamt bescheidener Fallzahl. Gründe dafür, weshalb bloss 13% aus der lateinischen Schweiz stammen, sind nicht ersichtlich. Me Subilia wie Avv. Caimi pflegen, wie bereits in den Vorjahren, ihre Kontakte zu den Medien aktiv und äussern sich öffentlich über ihre Tätigkeit.

387 Anfragen betrafen die SUVA, worunter 5 die Militärversicherung. Der die Suva betreffende Anteil der Anfragen liegt damit mit 61% nach wie vor über der Hälfte aller bearbeiteten UVG-Fälle (54%).

Beschwerdegrund	Dt. Schweiz		Franz. Schweiz		Ital. Schweiz	
A						
Unterstellungspflicht	4	(10)	0	(0)	0	(0)
Beginn Unterstellung	1	(3)	0	(0)	0	(0)
Ende Unterstellung	1	(1)	2	(0)	2	(0)
Vertragsabschluss	25	(18)	0	(0)	2	(1)
Prämien	18	(13)	0	(2)	0	(2)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	49	(45)	2	(2)	4	(3)
B						
Unfallverhütung	9	(8)	0	(0)	0	(0)
Ärztliche Behandlung	28	(54)	1	(0)	0	(1)
Kostenvergütung	76	(68)	4	(1)	3	(4)
Taggeld	78	(77)	3	(0)	1	(0)
Invaliden-Rente	15	(13)	0	(1)	1	(3)
Integritätsentschädigung	4	(11)	1	(1)	1	(0)
Total	210	(231)	9	(3)	6	(8)
C						
Leistungskürzung/-ablehnungen	163	(191)	35	(21)	7	(9)
Regress	2	(4)	1	(1)	0	(0)
Total	165	(195)	36	(22)	7	(9)
D						
Allg. Informationen/Verfahren	129	(118)	13	(9)	7	(6)
TOTAL	553	(589)	60	(36)	24	(26)

3.2.2.

587 der insgesamt 637 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 50 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 21 der 42 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 14 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 7 Fällen wurde das Dossier als sog. „neutral“ klassiert.

3.2.3.

Häufig war umstritten, ob ein für die Leistungspflicht nach UVG vorausgesetzter Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt.

Das ist u.a. darauf zurückzuführen, dass sich die gesetzliche Umschreibung (Legaldefinition) des Unfallbegriffs nicht mit dem deckt, was umgangssprachlich als Unfall verstanden wird. So ist es für juristische Laien, ja manchmal auch für rechtskundige Personen, schwierig nachzuvollziehen, dass eine plötzlich auftretende Gesundheitsschädigung kein Unfall im Sinne des UVG ist, weil die Verletzung nicht auf einen ungewöhnlichen äusseren Faktor zu-

rückgeführt werden kann. Der Unfallbegriff ist etwa dann zu verneinen, wenn zwei Personen Armdrücken spielen und sich die eine dabei verletzt, ohne dass etwas Aussergewöhnliches vorgefallen wäre (indem etwa der Tisch als Unterlage wegrutscht oder eine dritte Person die Spieler schubst etc.).

Für die Beurteilung der Leistungspflicht nach UVG zentral sind die konkreten Verhältnisse des gemeldeten Ereignisses. Diesbezüglich wurden die Beschwerde führenden Personen wiederholt darauf hingewiesen, dass die sogenannten „Aussagen der ersten Stunde“, d.h. Angaben unmittelbar im Anschluss an das Ereignis in der sog. Unfallmeldung UVG oder in Fragebogen der Versicherungen besonderes bedeutsam sind.

Soweit das Vorliegen eines Unfalls im Rechtssinne umstritten war, hatte die Ombudsstelle in der Regel keinen Anlass, die Einschätzungen des involvierten Unfallversicherers in Zweifel zu ziehen. Da die Begründungen teilweise sehr kurz und wenig fallbezogen waren, musste die Ombudsstelle in einigen Fällen die nötige Erklärungsarbeit leisten, damit die Leistungsablehnung durch die Beschwerdeführenden nachvollzogen werden konnte.

Auffällig war, dass sich die Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers mehrfach darin erschöpfte, einen Unfall im Rechtssinn zu prüfen. Die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht zufolge unfallähnlicher Körperschädigung wurden demgegenüber teils nicht geprüft oder ohne Begründung als nicht erfüllt erachtet. Materiell-rechtlich wies die Ombudsstelle die Gesellschaften diesbezüglich verschiedentlich darauf hin, dass es rechtsprechungsgemäss für das Vorliegen eines äusseren Faktors ausreichend ist, wenn nicht bloss eine alltägliche Lebensverrichtung, wie das Aufstehen, Absitzen, Abliegen oder die Bewegung im Raum erfolgte, sondern der fraglichen Tätigkeit (z.B. einem Sprung von einer 70 cm hohen Mauer, einem „sportlichen Treppensteigen“ mit Überspringen einzelner Stufen, dem Fällen eines Baumes mit der Motorsäge) ein sog. gesteigertes Schädigungspotential innewohnte, welches sich in der Folge verwirklichte.

3.2.4.

Wie in den Vorjahren war in einer grossen Zahl der Fälle umstritten, ob über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus, nach welchem die Versicherung den Fall abgeschlossen hatte, ein behandlungsbedürftiger und/oder zu Arbeitsunfähigkeit führender Gesundheitsschaden auszumachen ist, welcher in natürlich und adäquat kausaler Weise auf den ursprünglichen versicherten Unfall zurückzuführen ist.

Die sich dabei stellenden – häufig komplexen – Kausalitätsfragen erforderten regelmässig einen hohen Arbeitsaufwand. Soweit der natürliche Kausalzusammenhang in Frage stand, prüften wir dabei, ob die aktuellen Entscheidungsgrundlagen voll beweiskräftig waren oder allenfalls zusätzliche Beweiserhebungen nötig sind. Nachdem die Ombudsstelle über keinen eigenen medizinischen Dienst verfügt, hielten wir die Beschwerde führende Person verschiedentlich an, ihrerseits entsprechende fachärztliche Beurteilungen/Stellungnahmen einzureichen.

3.2.5.

Auffällig viele Anfragen betrafen Personen, die zum Teil gleichzeitig in mehreren Arbeitsverhältnissen standen, teilweise selbstständig und teils angestellt waren, ausschliesslich einer sogenannten Nebenbeschäftigung nachgingen oder über die Pensionierung hinaus erwerbstätig waren.

Die Vielfalt der beruflichen Verhältnisse dürfte mit Blick auf die gesellschaftlichen und arbeitsmarktlichen Entwicklungen inskünftig noch zunehmen. UVG-versicherungsrechtlich resultierten daraus im letzten Jahr verschiedene, teils komplexe Fragen bezüglich Versicherungsdeckung und Bemessung allfälliger Leistungsansprüche.

So stellte sich etwa die Frage, ob ein Unfall, der bei der Anreise von zu Hause her unmittelbar beim Eingang zu den Lokalitäten der Arbeitgeberin eingetreten ist, bei der eine 80%-Tätigkeit ausgeübt wird, als Betriebsunfall oder als Nichtbetriebsunfall zu qualifizieren sei. Diese Frage war deshalb wesentlich, weil die versicherte Person noch im Rahmen eines zweiten Arbeitsverhältnisses wöchentlich während vier Stunden tätig und bei dieser Tätigkeit nur für Betriebsunfall versichert war. Dies bedeutet, dass der Lohnausfall beim zweiten Arbeitgeber lediglich dann UVG-versichert ist, wenn der Unfall als Berufsunfall zu qualifizieren ist.

3.3. Der Bereich berufliche Vorsorge

3.3.1.

In diesem Bereich wandten sich im Berichtsjahr 151 (233) Personen an die Ombudsstelle. Zusätzlich waren in 39 Fällen Vorsorgeeinrichtungen betroffen, für welche die Ombudsstelle sachlich nicht zuständig ist, weil es sich nicht um Sammelstiftungen bei einem schweizerischen Lebensversicherer handelte. Die entsprechenden Beschwerde führenden Personen wurden in der Regel an die unentgeltliche Beratungsstelle „BVG-Auskünfte“ weiterverwiesen.

120 Fälle (208) betrafen die deutsche, 21 (13) die französische und 10 (12) die italienische Schweiz. Wie bereits im Vorjahr ist die Zahl der Anfragen rückläufig.

Beschwerdegründe und regionale Herkunft

Beschwerdegrund	Dt. Schweiz		Franz. Schweiz		Ital. Schweiz	
Vertragsabschluss	6	(17)	0	(0)	1	(0)
Deckungsumfang	3	(7)	0	(0)	2	(0)
Anzeigepflichtverletzung	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	5	(7)	0	(0)	0	(0)
Reglement	3	(10)	0	(0)	1	(1)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	3	(12)	0	(1)	0	(1)
Freizügigkeit	27	(21)	1	(2)	1	(1)
Vorbezug	6	(6)	0	(0)	0	(0)
Pfändung	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Steuern	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	10	(7)	0	(0)	1	(0)
Begünstigungsproblematik	3	(12)	0	(1)	0	(2)
Kürzungen/Ablehnungen	23	(43)	9	(5)	3	(4)
Allgemeine Informationen	21	(23)	10	(4)	1	(2)
Verjährung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	3	(9)	0	(0)	0	(1)
Scheidung	2	(15)	0	(0)	0	(0)
Koordinierter Lohn	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	2	(2)	0	(0)	0	(0)
Anwalt	0	(7)	1	(0)	0	(0)
TOTAL	120	(208)	21	(13)	10	(12)

3.3.2.

Die Ombudsstelle intervenierte in 15 Fällen. In 5 der 12 abgeschlossenen Interventionsfällen konnte ein für die versicherte Person positives Resultat erzielt werden.

3.3.3.

Die materiell bearbeiteten Fälle waren häufig komplex und zeitlich aufwändig. Die von den Beschwerde führenden Personen aufgeworfenen Fragen waren dabei äusserst vielfältig. Sie betrafen primär die sog. Leistungsseite (Bestimmung des leistungspflichtigen BVG-Versicherers, Höhe der Alters- und Invaliditätsleistung, Überentschädigungsproblematik) und beitragsrechtliche Aspekte.

3.3.4.

Umstritten war u.a., welche Vorsorgeeinrichtung verpflichtet ist, Invaliditätsleistungen zu entrichten, wenn sich eine invalide Person zeitlich aufeinander folgend in verschiedenen Arbeitsverhältnissen befunden hat. Massgebend für die Leistungspflicht nach BVG ist nicht der Zeitpunkt, in dem der Anspruch auf die Invalidenrente entsteht, sondern der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit, die später zur Invalidität geführt hat. Vorausgesetzt ist, dass zwischen der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und der späteren Invalidität ein sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht. Das ist der Fall, wenn der Arbeitsunfähigkeit sowie der späteren Invalidität im Wesentlichen derselbe Gesundheitszustand zu Grunde liegt und zwischen der ursprünglichen Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität nicht eine längere Periode voller Arbeitsfähigkeit bestand.

3.3.5.

Ein besonders zeitaufwändiger Fall betraf die Beschwerde eines Arbeitnehmers, wo die vom Arbeitgeber an die Vorsorgeeinrichtung weitergeleiteten BVG-Beiträge durch diese nicht korrekt abgerechnet worden sind. Das hatte eine zu tiefe BVG-Altersleistung zur Folge. Aufgrund der nach Auffassung der Ombudsstelle klaren Aktenlage sahen wir uns veranlasst, bei der Vorsorgeeinrichtung vorstellig zu werden. Nach langwierigen Verhandlungen konnte schliesslich ein für die Beschwerde führende Person befriedigendes Ergebnis erzielt werden.

3.3.6.

Ein weiterer Fall drehte sich um die Frage, ob die Begünstigtenordnung gemäss der ab 1. Januar 2005 geltenden Freizügigkeitsverordnung zur Anwendung gelangt, wenn der Vorsofragefall nach dem 1. Januar 2005 eingetreten ist, die Freizügigkeitspolice aber unter Geltung des alten Rechts abgeschlossen wurde und die bei Vertragsschluss massgebenden AVB (aus dem Jahre 1997) eine andere Begünstigtenordnung vorsahen. Die beteiligte Gesellschaft hielt fest, es spreche nichts dagegen, die neuen Bestimmungen nur auf diejenigen Freizügigkeitspolicen (und -konti) anzuwenden, die unter neuem Recht, sprich nach dem 1. Januar 2005, abgeschlossen worden seien. Eine direkte Anwendung der ab 1. Januar 2005 geltenden Freizügigkeitsverordnung auf Freizügigkeitspolicen, die vor dem 1. Januar 2005 abgeschlossen worden seien, falle demgegenüber ausser Betracht. Die – geänderte – Freizügigkeitsverordnung sei nicht unmittelbar anwendbar und eine einmal geschlossene privatvertragliche Vereinbarung gehe einer neu erlassenen bzw. geänderten Freizügigkeitsverordnung vor. Die Ombudsstelle vertrat den gegenteiligen Standpunkt. Trotz verschiedenen Interventionen war keine gütliche Einigung möglich.

4. DIE ZWEIGSTELLEN

4.1. Die Zweigstelle der französischen Schweiz

4.1.1.

Auf eine längere Phase der Stagnation bei den Fallzahlen in der französischsprachigen Schweiz folgte im Berichtsjahr ein Wendepunkt. Die Zahl der insgesamt unterbreiteten Anliegen stieg von 523 im Vorjahr auf 593 an. Gleichzeitig nahmen die Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Zweigstelle von 140 auf 111 ab. Im Berichtsjahr wurden 482 Dossiers im Zuständigkeitsbereich bearbeitet. Gegenüber den 383 bearbeiteten Dossiers im Vorjahr konnte Me Subilia hier eine Zunahme 26% verzeichnen.

4.1.2.

Auffällig war die Zunahme von Anfragen, welche die Branche Krankentaggeld betrafen. Diese stiegen von 59 auf 113 Fälle. Me Subilia wertet diese Entwicklung als Ausdruck der bestehenden Probleme in der Krankenversicherungsbranche und einer strengeren Schadenpraxis. Im Vordergrund standen weniger juristische Fragen als divergierende medizinische Beurteilungen durch behandelnde Ärzte und Vertrauensärzte der Versicherungsgesellschaften.

In verschiedenen Fällen haben die involvierten Versicherungs-Gesellschaften Leistungsablehnungen oder -kürzungen dadurch begründet, dass vertrauensärztlichen Beurteilungen eine grössere Bedeutung beizumessen sei als den Attesten durch behandelnde Ärzte, weil diese in einem zu nahen Verhältnis zu ihren Patienten stünden. Entsprechende Begründungen sind insbesondere dann problematisch, wenn, wie in einigen Beschwerdefällen, mehrere spezialisierte Fachärzte eine andere medizinische Ansicht vertreten als der nicht spezialisierte Vertrauensarzt der Gesellschaft. Als fragwürdig bezeichnet Me Subilia einen Fall, in dem ein Vertrauensarzt ohne Konsultation des Versicherungsnehmers und ohne Bezugnahme auf die bereits erstellten anders lautenden Arztberichte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestierte. In einigen Fällen konnte aufgrund der Vermittlung der Ombudsstelle deshalb eine erneute medizinische Beurteilung erreicht werden. Me Subilia erachtete es bei unterschiedlichen medizinischen Beurteilungen des Gesundheitszustandes teilweise als angezeigt, ein Zweit- oder Obergutachten zu veranlassen, damit die zu beurteilenden medizinischen Fragen geklärt werden können.

4.1.3.

Ein leichter Rückgang der Fallzahlen war in der Branche Lebensversicherung zu verzeichnen. Diese sank von 80 auf 74. Die Anfragen hierzu betrafen hauptsächlich Wertverluste im Zusammenhang mit Fondspolice. Weitere Fälle betrafen die Beratung bezüglich steuerrechtlicher Aspekte bei der Säule 3a und der Säule 3b. In ein paar Fällen, in denen die Steueroptimierung ein wesentliches Verkaufsargument des Versicherers darstellte, beanstandeten die Beschwerdeführenden die ungenügende fachliche Qualifikation des Versicherungsvermittlers der Gesellschaft für steuerrechtliche Fragen.

4.1.4.

Der Rechtsschutzbereich gab Anlass zu zahlreichen Beschwerden (36 Fälle). Die Tätigkeit der Ombudsstelle gestaltet sich in diesem Bereich teilweise schwierig, weil Leistungsablehnungen häufig nicht nur die korrekte Anwendung und Auslegung von Versicherungsbedingungen erfordern, sondern häufig auch die Abklärungen der rechtlichen Optionen, mit denen eine versicherte Person die dem Rechtsschutz-Gesuch zugrunde liegende Rechtsstreitigkeit austragen kann. In einem arbeitsrechtlichen Fall mit internationalem Bezug ging es beispielsweise um die Frage, ob nebst dem ausländischen Gerichtsstand nicht auch ein Gerichtsstand innerhalb des örtlichen Deckungsbereichs der Police bestand. In 3 Fällen kam es zu Interventionen, die alle zu einem für die versicherten Personen positiven Resultat geführt haben.

4.1.5.

Die Anzahl der Interventionsfälle, welche die französischsprachige Schweiz betreffen, ging trotz zahlenmässiger Zunahme der Fälle leicht zurück. In einer Vielzahl von Fällen bestand die Tätigkeit der Zweigstelle darin, der Beschwerde führenden Partei den Standpunkt der Versicherungs-Gesellschaft zu verdeutlichen. Eine verständlich begründete Versicherungssituation ermöglicht Versicherten, ein für sie negatives Resultat nicht mehr als ungerecht zu empfinden. Me Subilia hatte anfangs 2010 auch Gelegenheit, in einer Sendung des Radio Suisse Romande die massgeblichen Regeln beim Vertragsabschluss zu erläutern. Das Verständnis der Versicherungssituation ist unabdingbar für gute Versicherungsbeziehungen und bildet die Voraussetzung dafür, dass Verträge zur Zufriedenheit beider Parteien abgewickelt werden können.

4.2. Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

4.2.1.

Die Gesamtzahl der Fälle, die im Berichtsjahr von Avv. Caimi bearbeitet wurden, erfuhr einen bescheidenen Rückgang von 326 auf 315. Etwas rückläufig waren Anfragen, für welche die Zweigstelle nicht zuständig war (von 82 auf 75). In 33 Fällen handelte es sich um Probleme, welche die soziale Krankenversicherung betrafen und bei 30 Anfragen um allgemeine Anliegen ausserhalb des Versicherungsrechts.

Im Privatversicherungsbereich ist die Zahl der behandelten Dossiers gleich geblieben wie im Vorjahr (296). Auch im UVG-Bereich 24 (26) und BVG-Bereich 10 (12) gab es keine signifikanten Veränderungen. Die Gesamtzahl der Anfragen hat sich in der italienischsprachigen Schweiz in den letzten 11 Jahren bei durchschnittlich 320 eingependelt.

Wie in den vergangenen Jahren konnte ein grosser Teil der Fälle aus der italienischen Schweiz direkt behandelt werden. Die schriftliche oder telefonische Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten, Auskünfte über die ihnen zustehenden Versicherungsleistungen und Abklärungen zum Sachverhalt standen im Vordergrund. Viele Geschädigte wurden durch den eigenen Versicherer oder aufgrund des Studiums der AVB nach Eintritt eines Schadenfalls motiviert, sich an Avv. Caimi zu wenden.

4.2.2.

Bezüglich Branchen verteilen sich die eingegangenen Beschwerden proportional etwa in gleicher Weise wie in der deutschen und in der französischen Schweiz. Die Hauptzahl der behandelten Fälle bezog sich auf die Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung (41), die allgemeine Haftpflicht (35), die Taggeldversicherung bei Krankheit (33), die Lebensversicherung (31), die Gebäude- und Hausratversicherung (29).

Wie früher betraf die Mehrzahl der Beschwerden die Höhe der Versicherungsleistung (83 Fälle). Auch wenn die Fälle unter Beachtung der vertraglichen und gesetzlichen Regelungen korrekt behandelt worden waren, konnten die Versicherten das Ergebnis nicht immer nachvollziehen. In diesen Fällen galt es, die Rechtslage detailliert zu erklären.

4.2.3.

Die 16 Anliegen, die 2010 der Zweigstelle zum Thema Vertragsabschluss unterbreitet wurden, zeigten, dass ein Bedarf nach mehr Transparenz bzw. besserer Aufklärung über die Ausschlussstatbestände in den AVB besteht. Einige Versicherte stellten erst nach Eintritt ei-

nes Schadenfalls fest, dass die Police sie nicht gegen sämtliche Risiken der betreffenden Branche schützt.

Kündigungsfristen und Kündigungstermine bereiteten in fast allen Versicherungszweigen Schwierigkeiten. Die Betroffenen verkannten oft, dass das Kündigungsschreiben als empfangsbedürftige Willenserklärung lediglich dann wirksam ist, wenn es vor Ablauf der Kündigungsfrist beim Vertragspartner eintrifft. Einige Versicherte hatten zudem keine Kenntnis davon, dass eine vorzeitige Kündigung im Schadenfall nur unter den im Art. 42 VVG vorgesehenen Bedingungen, d.h. im gedeckten Schadenfall zulässig ist.

4.2.4.

Vor allem im Bereich der Krankentaggeld- und Lebensversicherung sind die Dossiers umfangreicher und komplizierter geworden. Sie erforderten eine minutiöse Behandlung und eine längere Bearbeitungszeit. Die Sachverhalte der Anzeigepflichtverletzung, welche Avv. Caimi unterbreitet wurden, betrafen meist diese beiden Branchen. Die Gesundheitsfragen beim Vertragsabschluss wurden von den Antragstellern einerseits in ihrer Bedeutung unterschätzt, so dass die Fragebogen zu rasch und unbedacht ausgefüllt wurden. Andererseits musste Avv. Caimi auch feststellen, dass die gewählten Formulierungen der Antragsfragen nicht immer klar waren und Anlass zu unterschiedlichen Interpretationen gaben.

4.2.5.

Bei der Schadenabwicklung gab es oft Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherungsgesellschaften und Versicherten bei der Bestimmung des Zeitwerts beschädigter Gegenstände. Weiter konnte Avv. Caimi feststellen, dass die Gesellschaften bei Nichteinhaltung der in den AVB vorgesehenen Obliegenheiten durch die Anspruch stellende Person strenger geworden sind und die Bearbeitungsdauer von Schadenfällen durch Versicherer teils zugenommen hat.

4.2.6.

In der Rechtsschutzversicherung beklagten sich wie bereits in früheren Jahren einige Beschwerdeführenden darüber, dass vom Versicherer selbst bei Policen mit einer hohen Deckungssumme die Leistungen je nach dem Sachverhalt begrenzt werden. Einige Beschwerden bezogen sich auch auf die Aussichtslosigkeit.

4.2.7.

Im UVG-Bereich wurden insgesamt 24 Fälle (26) unterbreitet, die vor allem die Themen Kürzung oder Ablehnung der Leistungen, Kostenvergütung und den Vertragsabschluss betrafen.

Diese Beschwerden gaben zu keinen Interventionen Anlass und konnten direkt erledigt werden.

4.2.8.

Im BVG wurden 10 Fälle (12) bearbeitet. Nur in einem Fall wurde eine Intervention veranlasst. Wichtig und interessant war das Thema der Abgrenzung der Leistungspflicht gegenüber mehreren Vorsorgeeinrichtungen, wenn ein in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigter Versicherter seine Arbeitsstelle und damit auch die Vorsorgeeinrichtung wechselt. Nach Art. 23 BVG sind die Invaliditätsleistungen von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war. Die Bestimmung dieses Zeitpunkts kann sich in der Praxis problematisch erweisen und kann – zu Ungunsten der Versicherten – zu negativen Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen führen.

5. WEITERE AKTIVITÄTEN

Im Berichtsjahr fanden verschiedene direkte Kontakte des Ombudsmann mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften sowie Treffen mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Versicherungs-Gesellschaften statt. Dabei wurden nebst konkreten Vermittlungsfällen Schwerpunktthemen besprochen sowie einzelne Grundsatzfragen erörtert. Im Weiteren führte der Ombudsmann Gespräche mit anderen Ombudsleuten, insbesondere mit dem Ombudsmann der Krankenversicherung. Diese dienten vor allem der Koordination von Beschwerdefällen, welche die Zuständigkeit beider Ombudsstellen tangierten.

Alle juristischen Mitarbeiter der Ombudsstelle nahmen zudem an Weiterbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Bereichen des Versicherungsrechts teil, um ihre Fachkenntnisse à jour zu halten bzw. zu erweitern.

6. MEDIENKONFERENZ

6.1.

Am 5. Mai 2010 führte die Ombudsstelle unter der Leitung des Stiftungsratspräsidenten, Herrn Ständerat Rolf Schweiger, eine Medienkonferenz in Bern durch. Anlass zur Medienkonferenz gab der Rücktritt von Frau Dr. Lili Nabholz-Haidegger als Ombudsfrau per Ende Mai 2010 und der damit verbundene Wechsel in der Leitung der Ombudsstelle.

6.2.

Frau Dr. Lili Nabholz-Haidegger hat die Ombudsstelle während 18 Jahren kompetent und souverän geführt. Die Jahre unter ihrer Leitung waren geprägt durch eine umfassende Entwicklung der Ombudsstelle. Dies betraf insbesondere die Ausweitung des Tätigkeitsfelds der Ombudsstelle in einem Umfeld stetig wachsender Anforderungen an die Aufgaben der Ombudsstelle. Im Jahr 2002 wurde der Bereich der obligatorischen Unfallversicherung angegliedert, dies gleichzeitig verbunden mit der Ausdehnung des Wirkungsbereichs auf die SUVA. 2006 kam der BVG-Bereich, die berufliche Vorsorge, hinzu. Im Jahr 2008 wurde die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle zudem auf den Bereich Militärversicherung erweitert. Heute ist die Ombudsstelle für die Privatversicherungen und die SUVA in allen Landesteilen optimal integriert und akzeptiert.

Frau Dr. Lili Nabholz-Haidegger erkannte, dass die bloss nationale Optik für die Ombudstätigkeit nicht mehr ausreicht und die internationale Dimension eine immer grössere Rolle zu spielen begann. So wurde sie 2008 Mitglied des leitenden Ausschusses des weltweit tätigen „International Network of Financial Services Ombudsman Schemes“, bei dessen jährlichen Konferenzen sie unsere Institution jeweils auch als Referentin vertrat. Sie bemühte sich zudem um Kontakte mit der FIN-NET (Financial services complaint net) der Europäischen Union, dem alle EU- und EWR-Mitgliedstaaten angehören. Ziel dieses Netzwerkes von aussergerichtlichen Schlichtungsstellen im Finanzdienstleistungsbereich ist es, die grenzüberschreitenden Banken- und Versicherungsprobleme im EWR-Raum besser zu koordinieren.

Ihrem aktiven und unermüdlichen Engagement für unsere Institution und ihrer verdienstvollen Tätigkeit als Ombudsfrau seien an dieser Stelle im Namen des gesamten Stiftungsrats nochmals herzlich gedankt!

6.3.

Die Nachfolge von Frau Dr. Lili Nabholz-Haidegger trat ihr langjähriger Stellvertreter, Herr RA lic. iur. Martin Lorenzon, an. Herr Lorenzon ist seit September 2001 für die Ombudsstelle tätig und arbeitete früher als juristischer Mitarbeiter und stellvertretender Schadenleiter bei einem grösseren Rechtsschutzversicherer.

7. PERSONELLE MUTATIONEN

Der Rücktritt von Frau Dr. Lili Nabholz-Haidegger und die Ernennung von Herrn Martin Lorenzon zum Ombudsman bedingten personelle Erweiterungen im Juristenteam. Frau RA Laura Meile und Frau RA Stefanie Maag bringen beste Voraussetzungen für die von ihnen zu erfüllenden Aufgaben mit.

Die während des Mutterschaftsurlaubs von Frau Jacqueline Müller im Sekretariat entstandene temporäre Lücke wurde mit der Anstellung von Herrn Filip Bergamin geschlossen, welcher nach Abschluss seines Handelsdiploms sein 10-monatiges Berufsmaturapraktikum bei der Ombudsstelle absolviert. Damit konnte gleichzeitig ein Beitrag an die Ausbildung eines jungen Erwachsenen geleistet und diesem die Möglichkeit geboten werden, erste berufliche Erfahrungen zu sammeln und Einblick in die Versicherungsbranche zu erhalten.

STIFTUNG OMBUDSMAN DER PRIVATVERSICHERUNG UND DER SUVA

Der Präsident

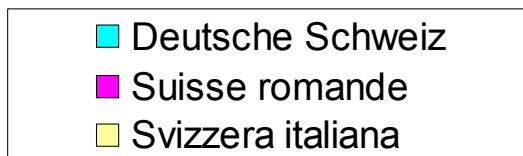
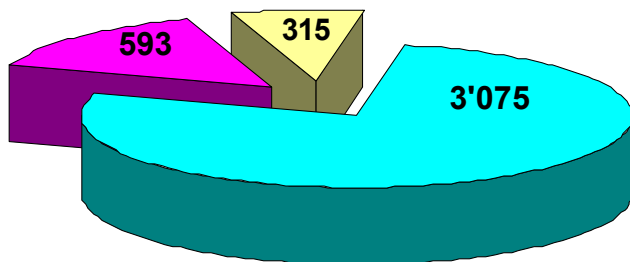
Der Ombudsman

R. Schweiger

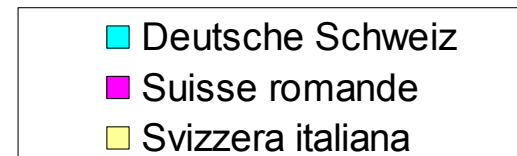
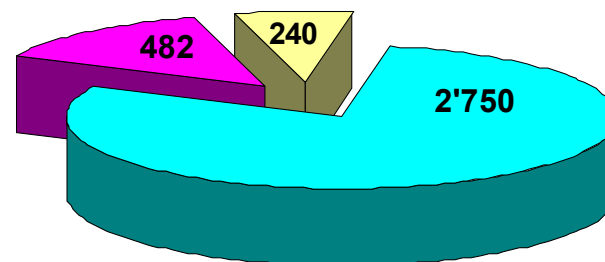
M. Lorenzon

Statistik nach Regionen / Statistique par régions / Statistiche per regione 2010

Eingegangene Gesuche
Demandes reçues
Richieste entrate

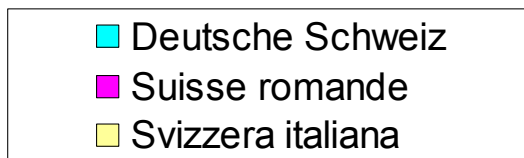
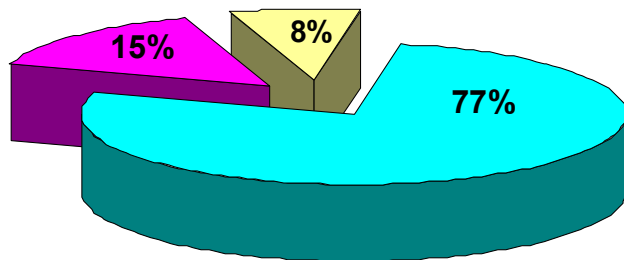


Behandelte Fälle
Cas traités
Casi trattati

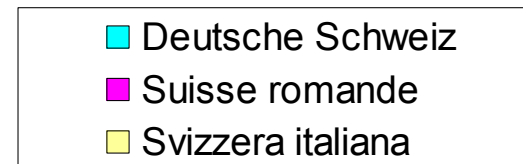
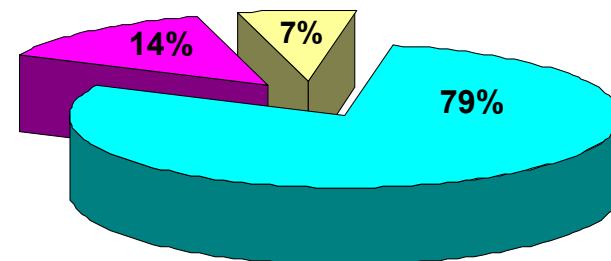


Statistik nach Regionen / Statistique par régions / Statistiche per regione 2010

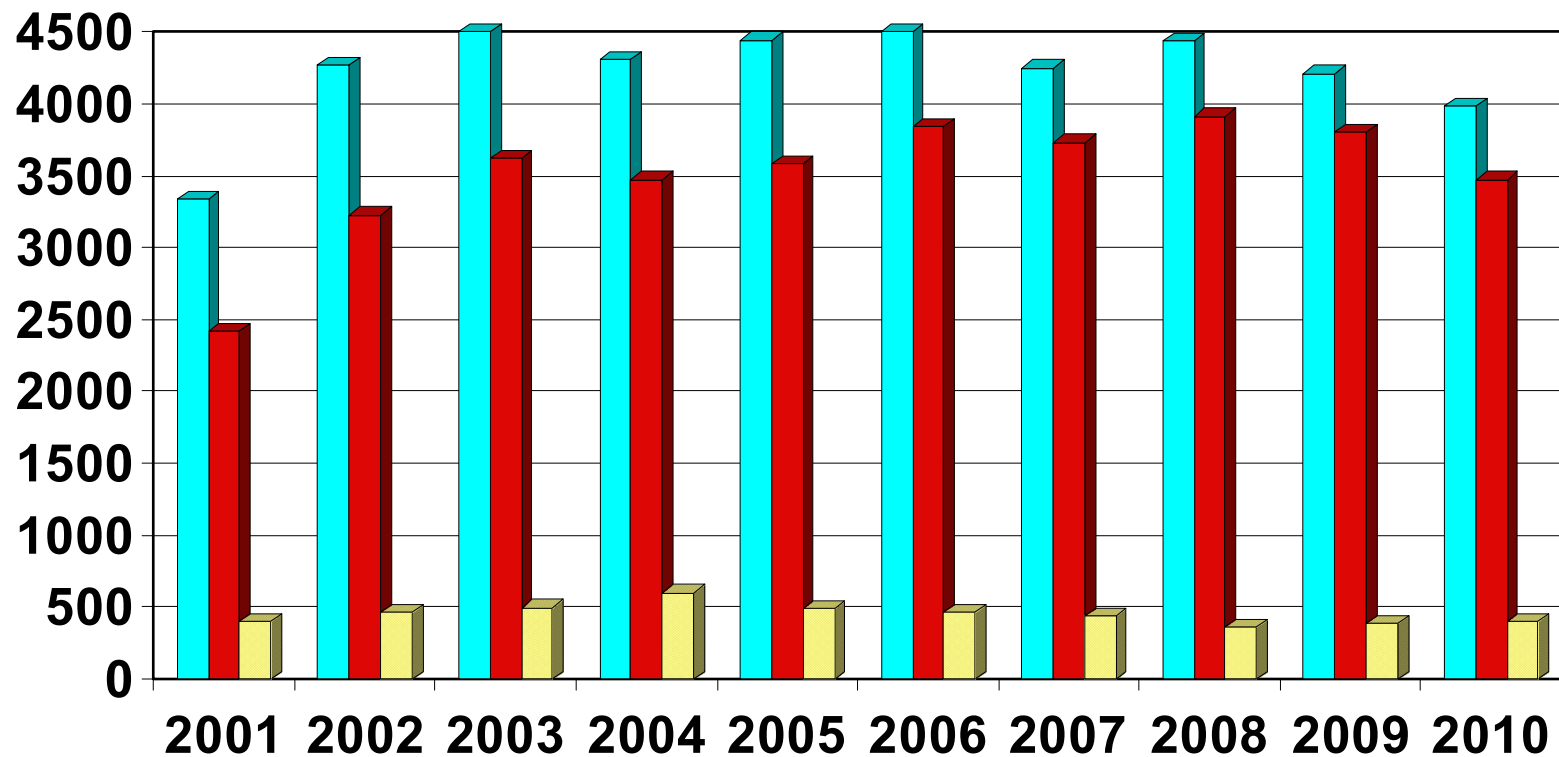
Eingegangene Gesuche
Demandes reçues
Richieste entrate



Behandelte Fälle
Cas traités
Casi trattati



Tätigkeit / Activité / Attività 2001 - 2010



■ Eingegangene Gesuche / Demandes reçues / Richieste entrate

■ Behandelte Fälle / Cas traités / Casi trattati

■ Interventionen / Interventions / Interventi

ANGESCHLOSSENE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN

AIG Europe (jetzt Chartis Europe SA)	Helsana Unfall AG
AIG Life	Helsana Rechtsschutz
Alba	Helvetia (vormals Helvetia Patria)
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)	Helvetia Leben
Allianz Suisse Leben	Império
American Security Life	Innova
Aspecta	Inter Partner Assistance
Assista TCS SA	Mannheimer
Aurora Versicherungs AG (vormals Garanta)	Mondial Assistance Schweiz (vormals Elvia Reisen)
Austria	Orion
AXA (jetzt AXA Winterthur)	Pax
AXA Winterthur	Phenix
AXA Winterthur Leben	Phenix Leben
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)	Protekta
Basler	Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft)
Basler Leben	Retraites Populaires
CAP Rechtsschutz	Schweizerische Hagel
Cardif	Schweizerische National
Chartis Europe SA (vormals AIG Europe)	Schweiz. National Leben (inkl. Ex-Coop Leben)
Chubb	Skandia Vie SA
Coop Rechtsschutz	smile.direct versicherungen (vormals Coop)
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)	Suva
DAS	SuvaCare Militärversicherung
Die Mobiliar	Swiss Life
Elvia Reisen (jetzt Mondial Assistance Schweiz)	Sympany
Emmental Versicherung	TSM
Epona	UBS Life AG
Europäische Reiseversicherung	Visana Versicherungen AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
Fortuna Rechtsschutz	Waadt
GAN	Waadt Leben
Garanta (jetzt Aurora Versicherungs AG)	Winterthur ARAG (jetzt AXA ARAG)
Generali Allgemeine	Zenith Leben
Generali Personen	Zürich
Genworth Financial	Zürich Leben
Groupe Mutuel Vie	
HDI-Gerling (vormals Gerling)	