



/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2014

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Aufgabe der Ombudsstelle Die Ombudsstelle ist im Rahmen des Stiftungszwecks eine unabhängige und neutrale Vermittlerin bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherungsnehmern, Versicherten, Anspruchsberechtigten und Antragstellern einerseits und den der Stiftung angeschlossenen Privatversicherungen sowie der Suva inklusive der durch die Suva durchgeführten Militärversicherung andererseits in Versicherungs-Angelegenheiten. Sie prüft im Rahmen ihrer Zuständigkeit die ihr unterbreiteten Beschwerden, gibt dazu Auskünfte und wird, falls ihr dies angebracht erscheint, im Hinblick auf eine Klärung einer konkreten unterbreiteten Angelegenheit beim involvierten Versicherer vorstellig. Sie wirkt auf eine faire Konfliktlösung hin.

Stiftungsrat Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident
Dr. Fulvio Caccia, a. Nationalrat, Camorino, Vizepräsident
Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bärswil (ab 1.1.2015)
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 (bis 31.12.2014)
Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur

Ombudsman Martin Lorenzon, Rechtsanwalt

**Ombudsstelle
Deutsche Schweiz** Nathalie Tuor, Rechtsanwältin
Stefanie Maag, Rechtsanwältin
Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin
Adrian Bryner, Rechtsanwalt
Jacqueline Müller, Assistenz
Dr.phil. Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, Assistenz

**Zweigstellen
Französische Schweiz** Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat

Italienische Schweiz Aw. Carlo Luigi Caimi

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Im Berichtsjahr 2014 wurde mir verschiedentlich die Frage unterbreitet, in wie vielen Einzelfällen die Arbeit der Ombudsstelle als neutrale Vermittlungsstelle erfolgreich war.

Die Erfolgsquote (im Berichtsjahr 2014: 65,9%), die wir statistisch erfassen und jeweils mit dem Jahresbericht bekannt geben, bezieht sich auf den Anteil der Interventionsfälle, in denen durch unsere Kontaktaufnahmen mit dem Versicherer eine Verbesserung der Situation der Beschwerde führenden Partei auf gütlichem Weg erreicht werden kann.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass unsere Tätigkeit in all den Fällen, die nicht zu einer Intervention führen, erfolglos wäre. Als erfolgreich können diese Fälle beispielsweise dann bezeichnet werden, wenn unsere Empfehlungen an Ratsuchende, vor Einreichung einer Beschwerde gegen einen abschlägigen Bescheid des Versicherers zunächst noch selber eine Stellungnahme zu bestimmten Fragen einzuholen, direkt zu einem Entgegenkommen des Versicherers führen. Als Erfolg kann die Tätigkeit der Ombudsstelle beispielsweise auch dann bezeichnet werden, wenn es uns gelingt, den Ratsuchenden komplexe Sachverhalte nachvollziehbarer darzulegen, als dies der Versicherer getan hat, und sie deshalb verstehen, weshalb beim Versicherer nicht mehr herausgeholt werden kann, als dieser bereits offeriert hat. Wenn unsere Tätigkeit in Einzelfällen dazu führt, das Vertrauen zum Versicherer wieder herzustellen, darf dies ebenfalls als Erfolg bezeichnet werden.

Einen Anhaltspunkt dafür, ob wir diesbezüglich auf dem richtigen Weg sind, geben uns die häufig positiven und teils negativen Rückmeldungen der Ratsuchenden nach Abschluss unserer Tätigkeit im Einzelfall. Wir bedanken uns für jedes Feed-Back, welches uns dabei hilft, unsere Dienstleistung im Interesse der Ratsuchenden weiter zu verbessern.

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

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2014

Im Berichtsjahr 2014 hat die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 3207 auf 3229 (0,6%) leicht zugenommen.

2831 Fälle konnten direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden, ohne dass eine Kontaktaufnahme mit dem Versicherer erforderlich war.

Insgesamt 398 der 1441 schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle führten im Jahr 2014 zu einer Intervention beim involvierten Versicherer (Interventionsquote: 27,6%). Davon konnten 95% noch vor Jahresende abgeschlossen werden. Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 65,9%. Die Kontaktaufnahmen der Ombudsstelle mit den Versicherern hatten somit in zwei von drei Fällen eine Verbesserung der bisherigen Situation der Beschwerde führenden Partei zur Folge.

Den wichtigsten Schwerpunkt in der Tätigkeit der Ombudsstelle stellten wie in den Vorjahren die komplexen Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherung mit einem Anteil von 50% dar. Dabei handelte es sich überwiegend um Beschwerden gegen Krankentaggeld- und Unfallversicherer nach erfolgten Leistungsablehnungen und -einstellungen, bei deren Beurteilung der auch bei Ärzten strittige medizinische Sachverhalt ausschlaggebend war.

Im Nichtleben-Bereich nahm die Anzahl von Anfragen und Beschwerden gegen Reiseversicherer (von 161 auf 212) am spürbarsten zu. In dieser Branche fand ein erheblicher Anstieg von Deckungsablehnungen von Reise-Annullationskosten im Zusammenhang mit vorbestehenden chronischen Krankheiten statt. Eine deutliche Zunahme der Fallzahlen fand auch in der Branche Rechtsschutz (von 239 auf 304) statt. Hier stellte die Ombudsstelle nicht nur eine wachsende Anspruchshaltung von Versicherten fest, sondern auch vermehrt Kündigungen im Schadenfall durch den Rechtsschutz-Versicherer und Verfahrensbeschwerden gegen Aussichtslosigkeitserklärungen der Rechtsschutz-Versicherer bezüglich der beantragten weiteren Rechtsschutz-Massnahmen.

Bezogen auf die Problemfelder, mit denen sich die Ombudsstelle zu befassen hatte, sind im Nichtleben-Bereich branchenübergreifend Anfragen und Beschwerden zur Anzeigepflicht der Versicherten und deren Verletzung beim Vertragsabschluss und nach Eintritt des Versicherungsfalles angestiegen, aber auch Beschwerden wegen Verletzung der vorvertraglichen Informationspflichten durch den Versicherer.

Im Einzelleben-Bereich hat sich der Trend in den Vorjahren zu tieferen Fallzahlen weiterhin fortgesetzt, so dass sich die Beschwerdezahlen in diesem Bereich in den letzten fünf Jahren (von 648 auf 326) fast halbiert haben.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2014	
Entwicklung der Fallzahlen	1
Anliegen und Beschwerden pro Branche	3
Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren	4
Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft	4
– Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung	4
– Aufgliederung nach Sprachregionen	5
Interventionsfälle	5
– Interventionsquoten	6
– Interventionen pro Branche/Bereich	7
– Erfolgsquote bei Interventionen	7
Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften	8
Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen	
Der Bereich Privatversicherungen	9
– Der Leben-Bereich	9
– Der Nichtleben-Bereich	10
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung	16
Der Bereich Berufliche Vorsorge	18
Die Zweigstellen	
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz	20
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz	23
Weitere Aktivitäten	26
Stiftungsrat	27
Vernehmlassungsverfahren zu einem Finanzdienstleistungsgesetz	28
Statistiken 2014	
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche	29
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle	29
Tätigkeit 2005 bis 2014	29
Angeschlossene Gesellschaften	30

Übersicht über das Berichtsjahr 2014

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2014 wurden der Ombudsstelle 3766 (Vorjahr 3747) Anliegen unterbreitet.

Anfragen total		3766	(3747)
Zuständigkeit		3229	(3207)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1788	(1800)
	• davon schriftlich	1043	(1013)
Interventionen		398	(394)

Wert des Vorjahres in Klammer

Der in den Vorjahren bestehende Trend zu leicht rückläufigen Fallzahlen hat sich nicht weiter fortgesetzt. Im Zuständigkeitsbereich

sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich von 3207 auf 3229 Fälle (0,6%) angestiegen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

Sachbereich	2014	2013
AHV	8	11
ALV	6	2
IV	21	16
Krankenkassen	284	289
Kantonale Versicherungen	16	23
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	21	20
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	31	31
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	59	44
Diverses	90	103
Mutterschaftsversicherung	1	1
Total	537	540

Die Mehrheit der Anfragen ausserhalb unseres Zuständigkeitsbereichs betraf Anliegen von Versicherten, die sich im Rahmen einer Meinungsverschiedenheit mit einer Krankenkasse

an uns wandten. Diese mussten wir an die dafür zuständige Ombudsfrau der Krankenkasse weiterverweisen.

Im Bereich Personenversicherungen entfielen 571 Fälle (522) auf Krankentaggeld-Versicherungen, gefolgt von 556 Fällen (549) zu UVG-Versicherungen (inkl. 28 (12) Anfragen zur Suva Militärversicherung), 326 Anfragen (398) zu Lebensversicherungen, 105 Fälle (102) zum BVG-Bereich und 52 Anliegen (59) von Versicherten im Zusammenhang mit privaten Unfallversicherungen.

Krankentaggeld-Versicherung	571	(522)
Obligatorische Unfallversicherung	556	(549)
Lebensversicherung	326	(398)
BVG-Bereich	105	(102)
Private Unfallversicherung	52	(59)
Total	1610	(1630)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Berichtsjahr haben der Umfang und damit teilweise auch die Komplexität der Beschwerdedossiers im Bereich Personenversicherungen (unabhängig vom leichten Rückgang der Fallzahlen von 1630 auf 1610) weiter zugenommen. Dies betrifft vor allem Fälle, bei denen sich schwierige Kausalitätsfragen stellen, weil beim Eintritt des Versicherungsfalles bereits verschiedene Gesundheitsprobleme bestanden, und bei denen verschiedene Versicherer involviert waren.

In einzelnen komplexen Fällen benötigte die Beschwerde führende Partei nicht eine neutrale Vermittlung, sondern eine eigentliche Fallbegleitung, um bestehende und künftige Ansprüche gegenüber verschiedenen involvierten Sozial- und Privatversicherer zu klären und zu koordinieren. Da die Ombudsstelle aufgrund ihrer neutralen Funktion nicht anwaltlich tätig werden kann, mussten wir daher einzelne Beschwerdeführende an

ihren Rechtsschutz-Versicherer oder an einen Anwalt weiter verweisen.

Der Anteil der Anfragen im UVG-Bereich (inklusive Militärversicherung), bei denen der Versicherer bereits eine formelle Verfügung erlassen hatte, ist im Berichtsjahr von 12,5% auf 15,5% angestiegen. In diesen Fällen konnte die Ombudsstelle nicht mehr tätig werden. Mit Erlass einer Verfügung beginnt das Verwaltungsverfahren. Ab diesem Zeitpunkt besteht kein Raum mehr für unsere neutrale Vermittlungstätigkeit.

Damit wir uns mit Anliegen von UVG-Versicherten befassen können, die unsere Dienstleistung in Anspruch nehmen möchten, ist es wichtig, dass diese den Versicherer schriftlich über die Einschaltung der Ombudsstelle informieren und ihn gleichzeitig darum bitten, mit dem Erlass einer Verfügung zuzuwarten.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	2014	A	B	C	D	2013
Autohaftpflicht	263	37	69	118	39	294
Arbeitslosigkeit	1	0	0	0	1	0
Diebstahl	98	6	6	82	4	90
Fahrzeugkasko	148	28	26	75	19	156
Feuer/Elementar	23	3	0	17	3	24
Gebäude/Glas	75	16	13	40	6	81
Haftpflicht	257	33	18	174	32	276
Hausrat	146	44	46	44	12	177
Kaution	1	0	0	1	0	1
Krankheit	571	96	74	309	92	522
Leben	326	118	24	126	58	398
Maschinen	0	0	0	0	0	3
Rechtsschutz	304	58	29	172	45	239
Reise	212	24	7	163	18	161
Schmuck	3	0	0	3	0	2
Tiere	2	0	0	1	1	8
Transport	3	0	0	0	3	4
Unfall privat	52	7	3	36	6	59
Wasser	63	5	1	55	2	40
Kreditgarantie	19	4	0	10	5	18
Garantie	1	0	1	0	0	3
UVG	556	43	204	181	128	549
BVG	105	15	5	63	22	102
Total	3229					3207

- 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

Die Liste der Schwerpunkt-Bereiche in den letzten fünf Jahre musste im Berichtsjahr mit den Fallzahlen der Rechtsschutz-Branche erweitert werden, welche von 239 auf 304 (27%) angestiegen sind.

Bereich	2014	2013	2012	2011	2010
Krankheit	571	522	524	621	569
UVG	556	549	603	519	637
Leben	326	398	375	533	534
Rechtsschutz	304	239	318	203	245
Autohaftpflicht	263	294	314	304	303
Allgemeine Haftpflicht	257	276	329	332	304

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2014 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	2032	(1932)
Frauen	1531	(1536)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	203	(279)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2014	2013	Differenz
Deutsche Schweiz	2979	2977	+ 2
Französische Schweiz	460	466	- 6
Italienische Schweiz	327	304	+ 23
Total	3766	3747	+ 19

Zuständigkeit der Ombudsstelle	2014	2013	Differenz
Deutsche Schweiz	2602	2575	+ 27
Französische Schweiz	362	380	- 18
Italienische Schweiz	265	252	+ 13
Total	3229	3207	+ 22

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 394 auf 398 angestiegen. Mehrfach-Interventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als eine Intervention erfasst.

	2014	2013	Differenz
Deutsche Schweiz	334	328	+ 6
Französische Schweiz	50	52	- 2
Italienische Schweiz	14	14	+ 0
Total	398*	394	+ 4

*Davon waren Ende 2014 insgesamt 378 (95%) abgeschlossen.

Der Ombudsman interveniert nicht nur dann, wenn er aufgrund einer dokumentierten Beschwerde davon ausgehen muss, dass der Versicherer wahrscheinlich eine Forderung ganz oder teilweise zu Unrecht abgelehnt hat, sondern auch wenn ihm noch zusätzliche Sachverhaltsabklärungen erforderlich erscheinen, bevor ein Anspruch definitiv beurteilt werden kann. In einzelnen Fällen interveniert er auch aus ausserrechtlichen Gründen (z.B. bei Härtefällen), oder wenn die alleinige Anwendung des Rechts im konkreten Einzelfall zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen würde.

Der Ombudsman hat sich in jedem Beschwerdefall eine von beiden Parteien unabhängige und neutrale eigene Meinung zu bilden und diese den involvierten Vermittlungsparteien bekannt zu geben. Er bringt im Rahmen seiner Interventionen deshalb auch Fragen und Argumente zu Themen vor, welche von der Beschwerde führenden Partei nicht zur Dis-

kussion gestellt worden sind. Häufig geht es dabei um Probleme, welche die Beschwerde führende Partei – aufgrund des erheblichen Wissensvorsprungs zwischen dem Versicherer und seinen Kunden – nicht selber erkennen kann.

Damit trägt die Ombudsstelle letztlich dazu bei, dass das teils massive Wissensgefälle zwischen den Versicherern und ihren Kunden reduziert wird. Die Möglichkeit, bei der Ombudsstelle eine unabhängige fundierte Meinung bzw. eine «second opinion» einzuholen, leistet aber auch einen wichtigen Beitrag dazu, dass der Versicherte im Einzelfall allfällige Zweifel oder ein unbegründetes Misstrauen gegenüber der Versicherungs-Gesellschaft abbauen kann. Dies weil die Ombudsstelle aufgrund ihrer neutralen Funktion bei der Beurteilung der ihr unterbreiteten Beschwerden die berechtigten Interessen beider Parteien, d.h. auch diejenigen der Versicherungs-Gesellschaft, berücksichtigt.

Interventionsquoten (ohne Telefon)

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 82 Fällen (20,8%) auf 93 Fälle (23,3%) zugenommen.

Privatversicherung	28,7%	(29,05%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	20,9%	(24,2%)
Sammelstiftungen BVG	29,09%	(18,8%)

Wert des Vorjahres in Klammer

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total Int.
Autohaftpflicht	220	31	9	3	0	43
Arbeitslosigkeit	1	0	0	0	0	0
Hausrat	126	17	2	1	0	20
Diebstahl	85	9	3	1	0	13
Elementar	13	2	1	0	0	3
Feuer	7	0	0	0	0	0
Kasko	128	16	2	2	0	20
Gebäude	63	6	1	0	0	7
Glas	4	1	0	0	0	1
Garantie	1	0	0	0	0	0
Haftpflicht	218	26	5	8	0	39
Krankheit	537	25	9	0	0	34
Kaution	1	0	0	0	0	0
Kreditgarantie	14	3	2	0	0	5
Leben	274	40	8	4	0	52
Maschinen	0	0	0	0	0	0
Reise	159	44	5	4	0	53
Rechtsschutz	272	27	5	0	0	32
Schmuck	0	1	1	1	0	3
Transport	3	0	0	0	0	0
Tier	2	0	0	0	0	0
Unfall privat	45	6	0	1	0	7
Wasser	56	5	2	0	0	7
UVG	513	35	6	1	1	43
BVG	89	11	5	0	0	16
Insgesamt	2831	305	66	26	1	398

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2014 abgeschlossenen 378 Interventionen war in 249 Fällen (65,9%) positiv und in 116 Fällen (30,7%) negativ. In 13 Fällen (3,4%) wurde das Resultat als neutral erfasst.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

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

Zur guten Zusammenarbeit massgeblich beigetragen haben die direkten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Ombudsmann bei den einzelnen Versicherungs-Gesellschaften für sämtliche Interventionsfälle. Die Stellungnahmen der Gesellschaften zeichneten sich dadurch aus, dass die meisten Antworten fundiert waren und eine seriöse Prüfung unserer Interventionen widerspiegeln.

Der Schweizerische Versicherungsombudsmann hat bei den meisten angeschlossenen Versicherern eine direkte Ansprechperson auf Direktions- oder Geschäftsleitungsebene. Dies im Gegensatz zu sämtlichen uns bekannten ausländischen, teils staatlich regulierten Ombudsstellen im Finanzdienstleistungssektor, welche – wenn überhaupt – nur eine feste direkte Ansprechperson auf Sachbearbeitungsebene haben.

Unser Ansprechpartner-System hat wesentlichen Einfluss darauf, dass ein Beschwerdefall auch auf Seiten des Versicherers nochmals «mit neuen Augen» geprüft wird, und dass sich ein Entscheidungsträger mit den erforderlichen Kompetenzen mit dem Fall befasst.

Dass sich ein Entscheidungsträger mit Interventionsfällen der Ombudsstelle befasst, kann vereinzelt auch dazu führen, dass Interventionen weit über den Einzelfall hinaus Wirkung haben, indem beispielsweise Allgemeine Vertragsbedingungen/AVB klarer formuliert oder interne Abläufe beim Versicherer verbessert werden. Dies war auch im Berichtsjahr der Fall.

Ein Kompliment kann der Ombudsmann den unserer Stiftung angeschlossenen Partnergesellschaften bezüglich der Bearbeitungsdauer der Interventionen machen. Diese konnte im Vergleich mit den Vorjahren noch weiter verbessert werden, so dass 95% sämtlicher Fälle, in denen die Ombudsstelle im Jahr 2014 interveniert hat, noch vor Jahresende (häufig erfolgreich) erledigt werden konnten.

Unbefriedigend war die Zusammenarbeit nur in ein paar Einzelfällen, in denen auf Argumente der Ombudsstelle zu wenig eingegangen worden ist, oder wenn Stellungnahmen zu pauschal abgefasst worden sind. In diesen Fällen wurde der Ombudsmann jeweils erneut beim Versicherer vorstellig.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Im Berichtsjahr haben die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung von 398 auf 326 stark abgenommen (18%). Seit dem Berichtsjahr 2009 haben sich die Fallzahlen im Leben-Bereich somit (von 648 auf 326 Fälle) fast halbiert.

Dieser Rückgang der Fallzahlen betraf vor allem Anfragen und Beschwerden wegen

- a) Kürzungen der jährlichen Überschussbeteiligungen ans Sparkapital. Bei Überschussbeteiligungen ans Sparkapital handelt es sich um eine nichtgarantierte zusätzliche Rendite zu der während der gesamten Laufzeit garantierten technischen Verzinsung des Sparkapitals. Ob Überschussbeteiligungen gewährt werden können, hängt insbesondere vom jeweiligen Geschäftsergebnis des Versicherers im Zusammenhang mit einem bestimmten Produkt ab.
- b) der Berechnung des Rückkaufswerts bei vorzeitiger Auflösung der Police.
- c) fehlender Informationen beim Vertragsabschluss zu Fondspolices ohne garantierte Leistung im Erlebensfall.

Missverständnisse bei Fondspolices zur zugesicherten Höchststandsgarantie

Einzelne Beschwerden betrafen die Frage, ob beim Abschluss einer fondsgebundenen Lebensversicherung mit Einmaleinlage eine Falschberatung durch den Versicherer bezüglich der zugesicherten Höchststandsgarantie stattfand. Mit der Höchststandsgarantie wurde jeweils der höchste während der Vertragslaufzeit erzielte Kurs der Fondsanteile zugesichert, welche der Versicherungsnehmer beim Vertragsabschluss (aus einer vom Versicherer bestimmten Fondspalette) gewählt hatte.

Die Beschwerdeführenden leiteten aus dieser Höchststandsgarantie eine Zusicherung dafür ab, dass sie auch bei ungünstigem Börsenverlauf unter keinen Umständen einen Verlust

erleiden, indem stets die Einmalprämie (mit oder ohne Stempelabgabe) gewährleistet sei.

Nach Prüfung dieser Fälle musste die Ombudsstelle den Beschwerdeführenden jeweils mitteilen, dass mit der Höchststandsgarantie zwar die Auszahlung des höchsten Anteilpreises zugesichert wurde, der während der Laufzeit des Fonds erreicht wird. Dies aber lediglich dann, sofern die Police bis zum vereinbarten Ablauf weitergeführt wird. Eine Garantie, bei Vertragsabschluss auch bei ungünstigem Börsenverlauf keinen geringeren Betrag zu erhalten, als Prämien bezahlt wurden, ist jedoch damit nicht verbunden. Im Verkaufsprospekt und insbesondere in den einschlägigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB wurde vielmehr ausdrücklich darauf hingewiesen, dass während der Versicherungsdauer die anfallenden Kosten und die Risikoprämien (für die laufende Verwaltung und das Todesfallrisiko) durch die Veräußerung von Fondsanteilen finanziert werden.

In einem dieser Fälle, bei dem sich der Wertverlauf der Fondsanlage bis zum Vertragsabschluss schlecht entwickelt hatte, konnte die Ombudsstelle beim Versicherer dennoch eine entgegenkommende Lösung erreichen. Dies, weil der Versicherer für eine von ihm schriftlich zugesicherte Mindestauszahlung während der Vertragslaufzeit an den Versicherungsnehmer einstand, welche dessen damaligen Entscheidung, die Police bis zum Vertragsabschluss weiterzuführen, maßgeblich beeinflusst hat.

Anzeigepflicht-Verletzung – Vereinzelte Vertragsauflösungen durch den Versicherer infolge unzureichend abgeklärten Sachverhalts

Einige Anfragen im Leben-Bereich bezogen sich auf die vom Versicherer geltend gemachte Verletzung der Anzeigepflicht nach Art. 4 VVG beim Abschluss der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

In einem Beschwerdefall hatte sich die Ombudsstelle mit der Frage zu befassen, ob der Versicherer zu Recht geltend gemacht hatte, die Antragsfrage: «Sind Sie in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?» sei beim siebzehn Jahre zuvor erfolgten Vertragsabschluss verneint und daher falsch beantwortet worden.

Die Gesellschaft stützte ihren Vertragsrücktritt und die gleichzeitige Ablehnung von Erwerbsunfähigkeitsleistungen infolge Anzeigepflicht-Verletzung im Wesentlichen auf einen Bericht des früheren Kinderarztes der Versicherungsnehmerin an die Invalidenversicherung. Er führte darin unter anderem aus, dass bei seiner Patientin im fraglichen Zeitraum aufgrund einer Entwicklungsstörung heilpädagogische und therapeutische Massnahmen und verschiedene Abklärungen an Spitälern erfolgt seien.

Bei der Prüfung der Akten der Beschwerdeführerin stellte die Ombudsstelle fest, dass die teils in Spitälern erfolgten Abklärungen, Behandlungen und Hilfestellungen in den Bereichen Logopädie, Physiotherapie, Psychomotorik und Neuropsychologie gar nicht von Ärzten durchgeführt worden sind. Die Beschwerdeführerin war zudem beim Arzt, auf dessen Bericht sich der Versicherer abstützte, im Zeitraum des Vertragsabschlusses gar nicht mehr in ärztlicher Behandlung. Die Ombudsstelle intervenierte daher gegen die nach ungenügender Sachverhaltsabklärung vorgenommene Vertragsauflösung, worauf der Versicherer Abstand vom Vorwurf der Anzeigepflicht-Verletzung nahm und die Police wieder in Kraft setzte.

Der Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen Anfragen und Beschwerden zur Versicherungsdeckung, zur Ausgewiesenheit und zur Höhe der Versicherungsleistungen im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zu Vertragskündigungen.

Gebotene Transparenz bei indexierten Hausratversicherungen

Verschiedene Anfragen von Versicherten betrafen index-gekoppelte Hausratversicherungen, welche vom zuständigen Berater ihrer Versicherungs-Gesellschaft trotz entsprechender Nachfrage keine Auskunft zu den Grundlagen des Hausratindex erhalten hatten. Der Ombudsman ist der Auffassung, dass dem Versicherer die Herstellung entsprechender Transparenz obliegt. Er intervenierte daher beim Versicherer, damit dieser die gebotene Transparenz bei entsprechenden Anfragen seiner Kunden herstelle, worauf dieser die erbetenen Auskünfte erteilte.

Ist eine Hausratversicherung an den Hausratindex gekoppelt, führt dessen Veränderung auch zu einer automatischen Anpassung der jeweiligen Hausrat-Versicherungssumme und der Prämie. Diese indexorientierte Anpassung des Vertrags hat letztlich den Zweck, bei Änderungen des Preisniveaus für Hausratgegenstände den Eintritt von Unter- und Überversicherungen zu vermeiden. Der Hausratindex und dessen Veränderungen werden jährlich vom Schweizerischen Versicherungsverband/SVV zuhanden seiner Mitglieder berechnet. Er basiert auf Zahlen des Landesindex der Konsumentenpreise, der vom Bundesamt für Statistik bestimmt wird. Insgesamt neun Warengruppen des Landesindex für Konsumentenpreise werden im Hausratindex berücksichtigt und gewichtet, welche typischerweise in einer Hausratversicherung versichert sind: Haushaltgeräte, Bettzeug und Haushaltwäsche, Bodenbeläge und Teppiche, Vorhänge und Zubehör, Bekleidung und Schuhe, Geschirr und Besteck, Fernseh- und Audio-Videogeräte sowie Foto-, Kino- und optische

Geräte. Der Hausratindex berücksichtigt nur die Teuerung. Kauft die versicherte Person zusätzliche oder teurere Gegenstände als bisher, empfiehlt es sich deshalb, die Versicherungssumme auch bei indexierter Prämie regelmässig zu überprüfen.

Gebäudewasserversicherung – Kein Versicherungsschutz für Schäden an der Gebäudehülle

Bei privaten Gebäudeversicherungen war mitunter der Deckungsumfang für Schäden durch Regenwasser an der Fassade und Schäden im Innern des Gebäudes strittig, welches durch die Fassade ins Gebäudeinnere gelangt war. Die Ombudsstelle musste diesen Beschwerdeführern mitteilen, dass diese Deckungsablehnungen in rechtlicher Hinsicht nicht beanstandet werden können.

Der allgemeine Deckungsumfang von Gebäude-Wasserschadenversicherungen umfasst keine Schäden an der Gebäudehülle, die durch Regen-, Schnee- und Schmelzwasser entstanden sind. Schäden an der Hausfassade bzw. Aussenmauern samt Isolation, am Dach (an der tragenden Konstruktion, dem Dachbelag und der Isolation) sind somit nicht Gegenstand der Gebäude-Wasserschadenversicherung. Dies im Gegensatz zu Schäden durch Regenwasser im Innern des Gebäudes, sofern das Wasser durch das Dach, aus Dachrinnen oder Aussenablaufrohren ins Gebäude eingedrungen ist. Falls entsprechende Schäden jedoch auf fehlerhafte bauliche Konstruktion oder mangelnden Gebäudeunterhalt (z.B. bei verstopften Rinnen und/oder Abflussrohren) zurückzuführen sind, besteht keine Versicherungsdeckung. Der Gebäudeunterhalt ist grundsätzlich nicht versicherbar. Versicherbar sind ausschliesslich ungewisse künftige Ereignisse.

Haftpflichtversicherungen – Anforderungen an die Sicherheit von Liften in Altersheimen

In der Branche Privathaftpflichtversicherung hatte sich die Ombudsstelle verschiedentlich

mit Meinungsverschiedenheiten zwischen Geschädigten und gegnerischen Haftpflichtversicherungen zu befassen, welche die Werkeigentümerhaftung nach Art. 58 des Obligationenrechts/OR betrafen. Ein Fall betraf eine Person, die anlässlich eines Besuchs in einem Alterszentrum einen Unfall erlitt, als sie sich mit einem Rückwärtsschritt aus dem von ihr benutzten Lift begeben wollte und stürzte. Eine Liftstörung hatte dazu geführt, dass auf sämtlichen Stockwerken bei geöffneten Lifttüren ein Absatz von 20 cm zwischen dem Fussboden der Stockwerke und dem störungsbedingt tiefer liegenden Liftboden bestand.

Der Haftpflichtversicherer des Werkeigentümers, der den Schadenfall mit dem Betriebshaftpflichtversicherer des Aufzugsunternehmens koordinierte und diesen gleichzeitig gegenüber der verunfallten Person vertrat, lehnte den von der Unfallversicherung nicht gedeckten Schadenanteil der geschädigten Person ab. In seiner Begründung vertrat der Versicherer den Standpunkt, dass die nach Entdecken der Liftstörung auf jedem Stockwerk angebrachten Hinweisplakate «Vorsicht Stufe» an den Aussenseiten der Lifttüren hinreichende Vorsichtsmassnahmen seitens des Altersheims und des Liftunternehmens darstellen. Zudem sei von einem erheblichen Selbstverschulden der Liftbenutzerin auszugehen, welche den Lift rückwärts und ohne zurückzuschauen verlassen habe.

Die Ombudsstelle teilte diese Auffassung nicht und intervenierte daher beim Versicherer. Dabei wies sie darauf hin, dass von einer Person, die einen Lift benutzt, nicht ohne Weiteres erwartet werden darf, dass sie auch beim Aussteigen aus dem Lift in einem anderen Stockwerk mit einer entsprechenden «Stufe» rechnen muss. Vorliegend handle es sich zudem um ein Altersheim – also eine publikumsintensive Einrichtung – weshalb die vom Bundesgericht verlangten erhöhten Anforderungen an die Sicherheit in öffentlichen Gebäuden und Gebäuden mit Publikumsverkehr besonders zu beachten seien. Dies im

Besonderen auch deshalb, weil Altersheime von hochbetagten Leuten bewohnt und in der Regel auch von betagten Leuten besucht werden. Bei betagten Personen bestehe zudem eine deutlich erhöhte Sturzgefahr, was bei den Anforderungen an die Sicherheit zu berücksichtigen sei. Hinzu komme, dass die vom Lift ausgehende konkrete Gefahr und damit auch der Schadeneintritt mit ganz einfachen Mitteln (Abschalten/Sperren des Liftes bzw. Benützung des Liftes nur unter Aufsicht eines Mitarbeiters des Altersheims oder der Reparatur-Firma) hätten vermieden werden können. Da lediglich von einem geringen Verschulden seitens der Beschwerdeführerin ausgegangen werden könne, rechtfertige sich bloss eine geringe Herabsetzung der Schadenersatzansprüche. Der Ombudsman unterbreitete daher den Parteien einen entsprechenden Vergleich, den diese akzeptierten.

Motorfahrzeug-Versicherungsbranche

Der grösste Anteil der Beschwerdefälle in der Motorfahrzeug-Versicherungsbranche betraf wie in den Vorjahren Beweisfragen nach Eintritt von Fahrzeug-Kollisionen im Zusammenhang mit dem Schadenhergang und die Beurteilung der Verschuldens- und Haftungsfrage durch den gegnerischen Motorfahrzeug-Versicherer. Einige Anfragen betrafen auch Probleme im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, mit einem bestehenden Prämienverzug und dessen Folgen oder Verfahrensbeschwerden wegen allzu langer Bearbeitungsdauer.

Drittes ViaSicura-Massnahmenpaket – Wenig Anfragen zu den Auswirkungen auf bestehende Versicherungsverträge

Das per 1.01.2015 in Kraft getretene dritte Via Sicura Massnahmenpaket, das unter anderem den obligatorischen Rückgriff der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherungen auf diejenigen Personen vorsieht, die in ange-trunkenem oder fahruntfähigem Zustand oder durch ein Raserdelikt Schäden verursacht haben, führte nur zu wenigen Anfragen an die Ombudsstelle.

In einem Fall war die Einholung einer Stellungnahme beim Versicherer zur Frage erforderlich, ob aufgrund der geänderten Gesetzgebung gegenüber dem Beschwerdeführer nicht eine Herabsetzung der Prämie erfolgen müsste. Der Beschwerdeführer machte eine Einschränkung der Grobfahrlässigkeitsdeckung geltend. Der Versicherer wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die durch den Gesetzgeber vorgenommenen Änderungen im Strassenverkehrsgesetz keine wesentlichen Deckungseinschränkungen des Grobfahrlässigkeitschutzes zur Folge habe. Diese würden inhaltlich weitgehend dem bestehenden Vertrag und der von ihm bereits angewandten Versicherungspraxis entsprechen. Es bestehe daher kein Anlass zu einer Prämienreduktion. Der Ombudsman konnte diese Position im konkreten Fall nach vertieften Abklärungen nicht beanstanden. Unabhängig davon gewährte der Versicherer dem Beschwerdeführer auf Empfehlung des Ombudsman ein ausserordentliches Kündigungsrecht, falls er den Vertrag auflösen möchte.

Voraussetzungen für die Relevanz von Antragsfragen, die sich nicht auf Gefahrstat- sachen, sondern auf Hilfstatsachen beziehen

Verschiedene Beschwerden in der Motorfahrzeug-Versicherungsbranche richteten sich gegen Vertragskündigungen durch den Versicherer nach Art. 6 VVG wegen Anzeigepflicht-Verletzungen beim Vertragsabschluss. Bei einem dieser Fälle hatten wir zu prüfen, ob die vom Versicherungsnehmer mit «Nein» und somit falsch beantwortete Antragsfrage «2. Wurde eine Motorfahrzeugversicherung in den letzten fünf Jahren abgelehnt oder gekündigt» effektiv eine Verletzung der Anzeigepflicht im Sinne von Art. 4 VVG darstellt, welche den Versicherer nach Art. 6 VVG zur Vertragskündigung berechtigte.

Die Ombudsstelle kam aus folgenden Gründen zum Schluss, dass diese falsch beantwortete Antragsfrage keine Anzeigepflicht-Verletzung darstellt: Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht setzt voraus, dass sich eine

Antragsfrage auf eine zur Beurteilung der zu versichernden Gefahr erhebliche Tatsache bezieht, welche objektiv geeignet ist, den Entscheid des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Konditionen abzuschliessen, zu beeinflussen. Kumulativ dazu verlangt das Gesetz eine unrichtige oder unvollständige Beantwortung der schriftlich gestellten Antragsfrage.

Sogenannte indizierende Umstände bzw. Hilfstatsachen, welche Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Gefahrstatsache zulassen, gelten nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts zwar ebenfalls als Gefahrstatsachen im Sinne von Art. 4 VVG. Nach Auffassung des Ombudsman kann Art. 4 VVG nebst den eigentlichen Gefahrstatsachen jedoch nur Fakten als Hilfstatsachen umfassen, welche nicht ausschliesslich einem Dritten zuzuordnen sind, und welche (gleichzeitig) Rückschlüsse auf eine konkrete Gefahr bzw. ein konkretes Versicherungs-Risiko zulassen.

Eine Antragsfrage nach symptomatischen Gesundheitsbeschwerden, deren Bestehen auf die Ausprägung einer Gefahr (Krankheit) des Antragstellers schliessen lässt, erfüllt beispielsweise diese Voraussetzung. Als weiteres Beispiel sei die Antragsfrage nach Führerausweisentzügen erwähnt, welche Rückschlüsse auf fehlenden Führerausweis beim Antragsteller aufgrund behördlich festgestellter Fakten zum Risiko (Fahrverhalten) oder zur Gefahr (Fahrunfähigkeit) zulassen.

Die zu beurteilende Antragsfrage nach Ablehnung oder Kündigungen von Versicherungsverträgen durch einen Konkurrenz-Versicherer war demgegenüber nur auf Fakten gerichtet, welche sich einzig einem Dritten zuordnen lassen.

Die Würdigung von (unbekannten) Fakten durch einen anderen Versicherer lässt für sich allein noch keine Rückschlüsse auf konkrete Tatsachen und somit auch nicht auf konkrete Gefahrstatsachen zu, welche auch dem An-

tragsteller zuzuordnen sind. Dies wäre lediglich dann der Fall, wenn die Antragsfrage nach Vertragsablehnungen oder -kündigungen durch frühere Versicherer auch die Zusatzfrage «Falls die Frage bejaht werden muss: Aus welchen Gründen?» enthalten hätte. Dies hatte der Versicherer im zu beurteilenden Fall allerdings nicht getan.

Der Ombudsman intervenierte daher beim Versicherer. Der Versicherer teilte diese Auffassung nicht und erhob den Einwand, dass aufgrund der Falschdeklaration der Frage Nr. 2 keine sachliche Würdigung des Risikos habe durchgeführt werden können. Es sei von zentraler Bedeutung für einen Versicherer, dass er wisse, ob diese Person mit dem Vorversicherer bereits Schwierigkeiten gehabt habe. Die Ombudsstelle hatte Verständnis für diesen Einwand. Unabhängig davon kann sich die Ombudsstelle bei der Würdigung der Rechtslage nicht über die geltende Gesetzgebung hinwegsetzen, weshalb die Einwände der Gesellschaft an unserer Würdigung der Rechtslage nichts zu ändern vermochte. Nach weiteren Verhandlungen erklärte sich der Versicherer trotz unterschiedlicher Rechtsauffassungen zum Abschluss eines Vergleichs bereit.

Krankentaggeld-Branche

In der Krankentaggeld-Branche ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden von 522 auf 571 Fälle angestiegen. Wie in den Vorjahren bezog sich ein grosser Teil der zu bearbeitenden Beschwerden auf unterschiedliche Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit und der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte und den vertrauensärztlichen Dienst der Versicherer. Bei diesen Fällen ging es auch verschiedentlich um die Frage, ob der versicherten Person genügend Zeit eingeräumt worden war, um sich auf die von ihr wieder aufzunehmende Arbeit (in der bisherigen oder einer leidensangepassten anderen zumutbaren Tätigkeit) einzustellen.

Im überwiegenden Anteil der Interventionsfälle, in denen die Ombudsstelle dem Versicherer weitergehende Abklärungen oder Begutachtungen empfahl, und in denen sie die gewährte Anpassungsfrist zur Aufnahme einer leidensangepassten anderen zumutbaren Arbeitstätigkeit als allzu kurz einschätzte, konnte eine gütliche Lösung erreicht werden.

Reiseversicherungs-Branche – Deutliche Zunahme von Deckungsablehnungen im Zusammenhang mit vorbestehenden chronischen Krankheiten

In der Reiseversicherungs-Branche war im Berichtsjahr eine deutliche Zunahme von Deckungsablehnungen und Leistungsablehnungen im Zusammenhang mit vorbestehenden chronischen Krankheiten zu verzeichnen. Strittig war bei diesen Beschwerdefällen in aller Regel die Frage, ob nach der Reisebuchung eine (die Versicherungsleistung begründende) akute und unvorhersehbare Verschlimmerung der bereits bestehenden chronischen Leiden eingetreten war, und ob die versicherten Personen die gebuchte Reise rechtzeitig annulliert hatten. Die Bearbeitung dieser Fälle war häufig sehr komplex und zeitintensiv.

Dauerthema – Verletzungen der Informationspflichten nach Art. 3 VVG beim Vertrieb von Reiseversicherungen durch Reisebüros

Ein Dauerthema, mit dem sich die Ombudsstelle zu befassen hat, sind Beschwerden wegen Verletzung von Informationspflichten nach Art. 3 VVG beim Abschluss von Reiseversicherungen im Reisebüro. In einem dieser Fälle schloss der Beschwerdeführer bei der Buchung seiner Ferienreise gleichzeitig auch die vom Reisebüro offerierte Reiseversicherung ab. Gut zehn Monate danach erhielt er vom Reiseversicherer eine Prämienrechnung für das nächste Versicherungsjahr der abgeschlossenen Jahresversicherung. In der Folge verlangte der Beschwerdeführer die Aufhebung der Police, weil er im Reisebüro nur eine Ferienversicherung und keine Jahresversicherung abschliessen wollte. Dies wurde vom

Versicherer unter Hinweis auf die vertragliche Kündigungsfrist von drei Monaten abgelehnt, welche bereits verstrichen sei. Der Vertrag habe sich aufgrund der geltenden Vertragsbedingungen daher stillschweigend um ein weiteres Jahr verlängert. Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und machte geltend, er sei nicht darüber informiert worden, dass es sich bei der betroffenen Versicherung um eine Jahresversicherung handelte. Gleichzeitig kündigte er den Versicherungsvertrag gestützt auf Art. 3a VVG wegen Verletzung der vorvertraglichen Informationspflichten. Die involvierte Versicherung lehnte indes auch diese Kündigung ab.

Nach Prüfung der Akten intervenierte der Ombudsman beim Versicherer und wies darauf hin, dass die vorvertraglichen Informationen nach Art. 3 Abs. 1 lit. d VVG zur Laufzeit des Versicherungsschutzes für jeden Versicherungsvertrag zentral sind. Sie gehören zu den wesentlichen Vertragspunkten. Wird diese Informationspflicht verletzt, steht dem Versicherten das Kündigungsrecht nach Art. 3a VVG zu. Dieses Kündigungsrecht sei im vorliegenden Fall zu bejahen, weil in der Rechnung des Reisebüros für die Reiseversicherung nur das Datum des Beginns der gebuchten Reise aufgeführt war und der Beschwerdeführer deshalb davon ausgehen durfte, es sei nur die betreffende Reise versichert. Anders lautende Informationen seien zudem nicht belegt. Die Tatsache, dass dem Versicherten in der Folge eine Police für eine Jahresversicherung zugestellt wurde, bezüglich welcher mangels Kenntnisnahme der Police keine Berichtigung beantragt worden war, vermochte diese Informationspflicht-Verletzung nach Auffassung des Ombudsman nicht zu heilen. Der Versicherer akzeptierte daher die vom Beschwerdeführer verlangte Vertragskündigung.

Rechtsschutzversicherungs-Branche

Die Anzahl der Meinungsverschiedenheiten, die der Ombudsstelle in der Branche Rechtsschutz unterbreitet wurden, haben von 239 auf 304 zugenommen.

Die uns unterbreiteten Beschwerden bezogen sich vor allem auf Fragen der Versicherungsdeckung und die teilweise als allzu lang beanstandete Bearbeitungsdauer von Rechtsschutz-Fällen. Zugenommen haben im Berichtsjahr insbesondere Beschwerden gegen die vom Rechtsschutz-Versicherer geltend gemachte Aussichtslosigkeit von weiteren Rechtsschutz-Massnahmen. Einzelne Versicherte gingen davon aus, dass der Ombudsman die Funktion eines Schiedsrichters übernehmen könne. Dies trifft nicht zu. Der Ombudsman hat keine Entscheidungskompetenzen. Die Ombudsstelle kann sich zudem nicht in Gerichts- und Schiedsgerichtsverfahren einmischen, indem sie eine Prüfung der Erfolgsaussichten der betreffenden Rechtstreitigkeit vornimmt, welche ohnehin gegen Dritte gerichtet ist und meistens keine versicherungsrechtlichen Fragen betrifft.

Zunahme von Verfahrensbeschwerden gegen Aussichtslosigkeitserklärungen

Die Ombudsstelle prüft bei entsprechenden Beschwerden jedoch die Verfahrensabwicklung des Versicherers im Zusammenhang mit der geltend gemachten Aussichtslosigkeit weiterer Rechtsschutz-Massnahmen. In diesem Zusammenhang mussten wir im Berichtsjahr mehrfach intervenieren, weil geltend gemachte Aussichtslosigkeitserklärungen nicht den in Art. 169 AVO (Aufsichtsverordnung) gestellten Anforderungen entsprachen.

Es handelte sich um Fälle, in denen der Versicherer

- nicht auf die Möglichkeit hingewiesen hat, ein Schiedsverfahren einzuleiten.
- die Aussichtslosigkeit nur per E-Mail anstatt mit der in Art. 169 AVO geforderten Schriftlichkeit ausgefertigt hat.
- in seiner Aussichtslosigkeitserklärung lediglich auf ein Schreiben eines externen Anwalts verwies, in welchem dieser weitere Rechtsschutz-Massnahmen als aussichtslos erklärte, anstatt sich eine eigene Meinung zu bilden und diese selber zu begründen.

In sämtlichen Interventionsfällen zu Aussichtslosigkeitsverfahren kamen die Versicherer aufgrund der Empfehlung der Ombudsstelle entgegen und gewährten zumindest eine vorerst begrenzte Kostengutsprache an einen externen Anwalt zur Prüfung des weiteren Vorgehens und zur Einleitung der nächsten Rechtsschutz-Massnahmen.

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 556 und damit 1% mehr Anfragen als im Vorjahr (549) an die Ombudsstelle gerichtet. 467 (464) Fälle entfielen auf die deutsche, 45 (49) auf die französische und 44 (36) auf die italienische

Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 84% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 16%.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	11	(7)	1	(1)	0	(1)
Beginn Unterstellung	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Ende Unterstellung	4	(2)	2	(1)	0	(1)
Vertragsabschluss	11	(4)	0	(3)	0	(0)
Prämien	12	(9)	0	(0)	1	(1)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	39	(22)	3	(5)	1	(3)
B Unfallverhütung	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Ärztliche/Heil-Behandlung	21	(11)	0	(1)	5	(2)
Kostenvergütung	65	(79)	4	(4)	3	(1)
Taggeld	60	(66)	4	(8)	11	(4)
Invaliden-Rente	13	(22)	1	(0)	5	(2)
Integritätsentschädigung	7	(7)	1	(1)	2	(1)
Total	168	(190)	10	(14)	26	(10)
C Leistungskürzung/-ablehnungen	151	(156)	27	(20)	2	(4)
Regress	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	152	(156)	27	(20)	2	(4)
D Allg. Informationen/Verfahren	108	(96)	5	(10)	15	(19)
Total	467	(464)	45	(49)	44	(36)

Wert des Vorjahres in Klammer

513 der insgesamt 556 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 43 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 21 der 39 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 15 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 3 Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Wie in den Vorjahren war in einigen Fällen das Vorliegen eines Unfalls im Rechtssinn oder einer unfallähnlichen Körperschädigung umstritten. Verschiedentlich waren entsprechende Meinungsverschiedenheiten auf allzu kurze Sachverhaltsdarstellungen bei der Unfallmeldung zurückzuführen. Dies war

teilweise dann der Fall, wenn die Unfallmeldung durch den Arbeitgeber erstellt worden war. Die Ombudsstelle erachtet es daher als wichtig, dass immer auch die versicherte Person möglichst zeitnah zum Unfall eine eigene Unfallhergangs-Schilderung ausfertigt, in der sie den Sachverhalt möglichst detailliert und umfassend sowie unter Wiedergabe des Geschehnisses und der dazu gehörenden Begleitumstände schildert.

Verschiedentlich wandten sich auch Beschwerdeführende an uns, welche die Berechnung der Taggelder durch den UVG-Versicherer nicht nachvollziehen konnten. In ein paar Fällen konnte auch die Ombudsstelle die entsprechenden Abrechnungen nicht nachvollziehen, weil sie zu wenig Informationen zur vorgenommenen Berechnung enthielten, weshalb die Ombudsstelle eine Intervention als angezeigt erachtete. In ein paar Fällen führte dies zu höheren Taggeld-Leistungen, weil sich bei der Neu-Überprüfung herausstellte, dass die ursprüngliche Berechnung fehlerhaft war.

Probleme bei erneutem Leistungsgesuch mit dem UVG-Versicherer nach längerer Zeitdauer ohne Leistungsbezug

Die Ombudsstelle hatte sich mit einer zunehmenden Anzahl von schwierigen Beschwerdefällen zu befassen, in welchen eine versicherte Person nach einem vom zuständigen UVG-Versicherer anerkannten Unfallereignis während längerer Zeit, mitunter während mehreren Jahren, keine Leistungen mehr bezieht und dann wieder ein Leistungsgesuch stellt, welches abgelehnt wird.

In solchen Fällen hat die Versicherungsgesellschaft in der Regel das ursprüngliche Unfall-dossier (den sogenannten Grundfall) bereits geschlossen. Gemäss den Erfahrungen der Ombudsstelle wird das erneute Leistungsgesuch normalerweise als Rückfallmeldung entgegengenommen und ein neues Dossier eröffnet. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich

geheilten Krankheit, welche zu ärztlicher Behandlung und/oder zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit führt.

Die UVG-Versicherer sind nicht nur für Grundfälle, sondern gemäss Art. 11 UVV auch für Rückfälle und Spätfolgen leistungspflichtig. Insofern spielt es keine Rolle, ob ein erneut angemeldeter Fall als Rückfall oder als Grundfall eröffnet wird. Ob ein erneuter Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls geprüft oder als Rückfall betrachtet wird, hat indessen entscheidenden Einfluss auf die Beweislastverteilung bezüglich der Kausalität der Beschwerden.

Wird ein Rückfall postuliert, so obliegt es der versicherten Person, den oft schwierigen Nachweis für das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Sie muss also beweisen, dass die eingetretene gesundheitliche Störung ohne den erlittenen Unfall entfielen. Handelt es sich hingegen um den Grundfall, trägt die Versicherungsgesellschaft die Beweislast für den Wegfall der Kausalität. Aus den genannten Gründen prüft die Ombudsstelle die bei ihr unterbreiteten Beschwerden gegen Leistungsablehnungen, die – wie oben beschrieben – als Rückfall erfasst worden sind, vorfrageweise jeweils auch dahingehend, ob das Leistungsbegehren der Beschwerde führenden Partei vom Versicherer nicht unter dem Aspekt des Grundfalls hätte eröffnet und abgewickelt werden müssen.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich leicht zu. Im Berichtsjahr wandten sich 105 (102) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 59 Fälle, welche mangels

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	3	(7)	2	(0)	0	(0)
Deckungsumfang	1	(3)	0	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Reglement	1	(4)	0	(0)	2	(0)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	3	(3)	2	(0)	0	(0)
Freizügigkeit	16	(12)	0	(1)	1	(0)
Vorbezug	4	(2)	1	(1)	0	(1)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	4	(10)	0	(0)	1	(0)
Begünstigungsproblematik	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	24	(22)	6	(4)	3	(1)
Allgemeine Informationen	9	(8)	5	(4)	3	(1)
Verjährung	0	(3)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	4	(1)	1	(1)	1	(0)
Scheidung	1	(2)	0	(1)	0	(0)
Koordinierter Lohn	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	0	(0)	0	(2)	0	(0)
Anwalt	5	(4)	0	(0)	0	(2)
Total	77	(83)	17	(14)	11	(5)

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 16 Fälle. In 9 der abgeschlossenen 16 Fälle führten die Interventionen für die versicherte Person zu

einem positiven Ergebnis, 6 waren negativ und 1 neutral. Ein grosser Teil der Anfragen und Beschwerden im BVG-Bereich bezog

sich auf Leistungsfragen im Zusammenhang mit Invaliditätsfällen, zur vorzeitigen Pensionierung und zur Koordination mit anderen Sozialversicherungen. Eine Zunahme von Anfragen fand im Zusammenhang mit Freizügigkeitsleistungen statt.

Beschwerden wegen verzögerter Überweisung von BVG-Freizügigkeitsleistungen

Verschiedene BVG-Versicherte beschwerten sich bei uns, dass ihre bisherige Pensionskasse die nach einem Wechsel der Arbeitsstelle vorzunehmende Überweisung der BVG-Austrittsleistung nicht unverzüglich an die neue BVG-Vorsorgeeinrichtung vorgenommen hatte. In diesen Fällen galt es jeweils zu prüfen, ob die gesetzliche Frist in Art. 2 Abs. 4 Freizügigkeitsgesetz/ FZG von 30 Tagen zur Überweisung der Austrittsleistung ab Erhalt der dazu nötigen Angaben eingehalten worden war. Ist dies nicht der Fall, hat die bisherige Vorsorgeeinrichtung ab Ablauf dieser Frist einen Verzugszins nach Art. 26 Abs. 2 FZG in Verbindung mit Art. 7 Freizügigkeitsverordnung/FZV zu bezahlen. Dieser entspricht dem BVG-Mindestzinssatz plus einem Prozent.

Aktenaufbewahrungspflicht nach vorgenommener Überweisung von BVG-Freizügigkeitsleistungen

Ein Beschwerdeführer machte geltend, eine BVG-Sammelstiftung habe eine Freizügigkeitsleistung, die vor ca. 25 Jahren fällig geworden war, nicht an seine nachfolgende Pensionskasse überwiesen. In der Folge baten wir den Ansprechpartner der Ombudsstelle beim involvierten BVG-Versicherer, nochmals zu prüfen, ob wirklich keine Zahlungsbelege für die von ihm (aufgrund von internen Buchungsbelegen) geltend gemachte seinerzeitige Überweisung vorhanden sind. Dies zumal die Vorsorgeeinrichtung, an welche die Freizügigkeitsleistung überwiesen worden sein soll, nach so langer Zeit keinen entsprechenden Zahlungseingang bestätigen konnte. Ob dies damit zusammenhing, dass der bei ihr damals in die Wege geleitete BVG-Anschluss

vor 25 Jahren annulliert worden war, konnten wir allerdings nicht beurteilen.

In der Folge teilte uns die Vorsorgeeinrichtung mit, dass sie keinen entsprechenden Beleg mehr besitze. Die zehnjährige Frist nach Art. 41 Abs. 8 BVG in Verbindung mit Art. 27j BVV 2 für die Aufbewahrung der Vorsorgeakten (und somit auch der vorhandenen Zahlungsbelege) seit der vorgenommenen Überweisung sei längst abgelaufen. Zudem obliege dem Beschwerdeführer die Beweislast für die Ausgewiesenheit seiner bestrittenen Forderung. Gleichzeitig verwies die Vorsorgeeinrichtung den Beschwerdeführer auf den Prozessweg, falls er weiterhin an seiner Forderung festhalte. Dies zumal die betreffende Meinungsverschiedenheit bereits über die BVG-Aufsichtsbehörde ausgetragen worden sei. Sie sei daher definitiv zu keinem Entgegenkommen bereit.

Die Ombudsstelle konnte diese Position nicht als falsch oder gar willkürlich kritisieren. Es kann daher nur empfohlen werden, nicht lange zuzuwarten, bis man sich um den Verbleib von Freizügigkeitsleistungen kümmert.

Anfragen zu verloren gegangenen Guthaben aus der 2. Säule

Diejenigen Personen, welche uns um Nachforschungen für verloren gegangene Guthaben aus der 2. Säule ersuchten, mussten wir an die hierfür zuständige «Zentralstelle 2. Säule» weiter verweisen. Diese ist gleichzeitig die Meldestelle der BVG-Vorsorgeeinrichtungen und der Einrichtungen, die Freizügigkeitskonten oder -policen führen, für kontaktlose und vergessene Guthaben von Versicherten. Eine entsprechende Meldung hat dann zu erfolgen, wenn diese den vorgesehenen periodischen Kontakt mit ihren Versicherten nicht mehr herstellen können (z.B. bei Nichtbekanntgabe von Adressänderungen).

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Im Jahre 2014 konnte das 15-jährige Jubiläum von Avv. Caimi als Leiter der Zweigstelle der italienischen Schweiz gefeiert werden. Die Gesamtzahl der Fälle, die Avv. Caimi im Berichtsjahr der Zweigstelle der italienischen Schweiz unterbreitet wurden, erfuhr ein Wachstum von 7% (von 304 auf 327). Rückblickend wurde bei den Fallzahlen damit der Höhepunkt während der letzten 10 Jahre erreicht. Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im UVG-Bereich von 36 auf 44 und im BVG-Bereich von 5 auf 11 Fälle angestiegen, wobei die Anzahl der bearbeiteten Fälle im Bereich der Privatversicherung (VVG) mit 210 fast gleich gross ist wie im Vorjahr (211). 62 der eingegangenen Gesuche fielen nicht in die Zuständigkeit der Zweigstelle in Lugano. Diese betrafen vor allem Beschwerden zur sozialen Krankenversicherung (28 Fälle) sowie zu Rechtszweigen (34 Anfragen) ausserhalb des Versicherungsrechts. Auch im Berichtsjahr 2014 wurde Avv. Caimi mit einzelnen Fällen konfrontiert, in denen die Rolle oder das Vorgehen eines Versicherungsbrokers oder eines ungebundenen Versicherungsvermittlers problematisch war, in die er sich aber mangels Zuständigkeit nicht einschalten konnte.

Die Mehrzahl der Anfragen und Beschwerden konnte durch schriftliche oder mündliche Auskunfterteilung direkt mit den Beschwerdeführenden erledigt werden. Diese schätzen, dass Avv. Caimi auch dann, wenn kein Vermittlungsspielraum besteht, immer grossen Wert darauf legt, die Rechtslage präzise, sachkundig und verständlich darzulegen. Dies entspricht einer zentralen Zielsetzung der Ombudsstelle, den Versicherten besonders auch dann, wenn beim Versicherer nicht mehr herausgeholt werden kann, als dieser bereits offeriert hat, sachliche Hilfeleistung oder Antworten in der komplexen Versicherungswelt zu bieten.

Die Anzahl der Interventionsfälle zu Beschwerden aus der italienischen Schweiz ist mit 14 identisch zum Vorjahr geblieben. Die-

se hatten in 11 Fällen (78,5%) ein positives Ergebnis für die Beschwerde führende Partei zur Folge. In zwei dieser Interventionsfälle waren Mehrfachintervention beim Versicherer erforderlich; beide führten nach intensivem Meinungsaustausch zu einem Entgegenkommen durch die involvierte Gesellschaft. Die überwiegende Zahl der Interventionen betraf die Branche Haftpflichtversicherung (inklusive Autohaftpflicht) und den Bereich Lebensversicherung.

Wie bereits im Vorjahr bezog sich die Hauptzahl der 46 Anfragen im Privatversicherungsbereich auf die Haftpflichtversicherung (Autohaftpflicht 20, allgemeine Haftpflicht 26). Auf die Gebäude- und die Hausratversicherungen entfielen 42 Fälle, davon 8 Fälle zur Elementarschaden- und 6 Anfragen zur Wasserversicherung. Die Krankentaggeld- (37) und die private Unfalltaggeld-Versicherung (4) waren Gegenstand von insgesamt 41 Beschwerden. In den Branchen Lebensversicherung (34) und Haftpflichtversicherung (26) sind die Fallzahlen insgesamt konstant geblieben, wobei jedoch ein signifikanter Rückgang der Beschwerdezahlen gegen Autohaftpflichtversicherungen von 30 auf 20 Fälle zu verzeichnen war. In diesen Branchen standen Fragen zur Versicherungsleistung (78 Fälle), des Deckungsumfangs (23), sowie die Themen Beratung und Verfahren (11) und allgemeine Versicherungsinformationen (32) im Vordergrund.

Vertragskündigung wegen Anzeigepflicht-Verletzung nach Art. 6 VWG – Die Pflicht zur vollständigen und korrekten Beantwortung der Antragsfragen besteht bis zur Vertragsannahme (und nicht nur bis zum Versand des Antragsformulars)

Auch im Berichtsjahr 2014 hatte sich die Zweigstelle in der italienischen Schweiz mit dem Dauerthema «vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung» zu befassen. Hauptsächlich in der Branche Lebensversicherung wurde Avv. Caimi mit Beschwerden gegen Versicherer wegen Anzeigepflichtverletzungen

konfrontiert, bei denen die Antragssteller unterlassen hatten, Änderungen der wesentlichen Gefahrstatsache, die im Zeitraum zwischen dem Ausfüllen der Antragsformulare und der Antragsannahme eingetreten waren, dem Versicherer zu melden, obschon dies möglich gewesen wäre. Dabei gilt es zu beachten, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht bis zum Abschluss des Vertrages besteht, d.h. bis zur Annahme des Versicherungsantrags durch den Versicherer, nicht nur bis zu dessen Versand oder Übergabe an den Versicherer.

Motorfahrzeug-Haftpflicht – Bei einem Totalschaden besteht kein Anspruch auf Realersatz, sondern auf Schadenersatz

In der Autohaftpflichtversicherung musste sich Avv. Caimi mehrfach mit der irrtümlichen Meinung auseinandersetzen, dass der Geschädigte bei einem Totalschaden Anspruch auf die Beschaffung eines ähnlichen Wagens anstatt auf Schadenersatz hätte. Diese falsche Meinung ist weit verbreitet.

Unterschiedlicher örtlicher Deckungsbereich bei Motorfahrzeugversicherungen für Schäden im Ausland

Anhand von zwei Fällen konnte Avv. Caimi feststellen, wie die AVB dieser Branche hinsichtlich der territorialen Geltung unterschiedlich sind. Die Deckung gilt in der Regel in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein, in den EU- und EWR-Mitgliedstaaten. Für andere Länder kann die sog. «Grüne Karte» bei den Gesellschaften angefordert werden. Während die «Grüne Karte» für Serbien gilt, ist die Situation anders für den Kosovo, der grundsätzlich ausgeschlossen ist. Nun gewährleisten einige schweizerische Gesellschaften für Kosovo und die anderen von der «Grüne Karte» ausgeschlossenen Länder überhaupt keine Deckung (so dass an der Grenze eine obligatorische Autohaftpflichtversicherung für eine begrenzte Zeit abgeschlossen werden soll). Andere Gesellschaften sehen dagegen die Deckung für Kosovo sowohl für Haftpflicht- wie auch für Kaskoschäden

ausdrücklich vor. Diesen Unterschieden ist unbedingt Rechnung zu tragen, um unangenehme Überraschungen im Falle eines Kaskoschadens zu vermeiden.

Gebäude-Versicherungen – Enttäuschung bei Gebäude-Eigentümern über bestehende Deckungseinschränkungen bei Schneedruckschäden

Nachdem im Winter 2013/2014 in den Bergdörfern ausserordentlich starke Schneefälle erfolgt sind, welche zu Schäden an Häusern führten, erlitten verschiedene Gebäude-Versicherte eine weitere Enttäuschung. Konkret geht es um die Tatsache, dass Schäden aus Schneedruck gemäss den AVB der Elementarschadenversicherung von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind, wenn die Schneedruckschäden nur Dachziegel oder andere Dachdeckungen sowie Kamine und Dachrinnen betrafen. Trotz dieses Deckungsausschlusses haben sich einzelne Versicherer bereit erklärt, unter den gegebenen Umständen die Kosten einer präventiven Schneeräumung zu entschädigen.

Obligatorische Unfallversicherung

Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung hatte Avv. Caimi im Berichtsjahr 2014 insgesamt 44 Fälle zu bearbeiten, was im Vorjahresvergleich einer Zunahme der Fallzahlen um 19% entspricht. Auch in diesem Bereich handelt es sich um eine Höchstzahl von Anfragen und Beschwerden in den letzten 10 Jahren. Die Hauptthemen betrafen Kostengutsprachen für Heilbehandlungen, Unfall-Taggelder, unfallbedingte Invalidenrenten und Integritätsentschädigungen.

In einigen Fällen war die Einstellung der Heilbehandlung und der Taggeldleistungen aufgrund des vom UVG-Versicherer geltend gemachten Erreichens des sogenannten «Status quo sine vel ante» strittig. Als «Status quo ante» wird der Gesundheitszustand bezeichnet, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat. Beim «Status quo sine» handelt es sich hingegen um denjenigen

Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später wahrscheinlich eingestellt hätte. Avv. Caimi hatte dabei die Gelegenheit, den Versicherten den erklärungsbedürftigen Begriff des «Status quo ante vel sine» zu verdeutlichen, den die Gesellschaften oft in ihren Stellungnahmen benützen.

Bei einer Beschwerde musste Avv. Caimi der versicherten Person die Problematik der Berufs- und Nichtberufsunfälle erklären. Verkehrsunfälle, die sich im Zusammenhang mit der Berufsunfallversicherung ereignen, gelten als Berufsunfälle. Unfälle auf dem Arbeitsweg zählen zu den Nichtberufsunfällen. Bei Teilzeitbeschäftigten, deren wöchentliche Arbeitszeit weniger als acht Stunden bei einem Arbeitgeber beträgt, und die deshalb über ihren Arbeitgeber keine Nichtberufsunfallversicherung haben, gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg jedoch als Berufsunfall.

Wiederkehrend sind Fragen betreffend den Unterschied zwischen der Invalidenrente, welche den materiellen Schaden ersetzt, den der Verunfallte erleidet, und der Integritätsentschädigung, die einen Ausgleich für die immaterielle Beeinträchtigung durch Unfallfolgen darstellt.

Berufliche Vorsorge

Im BVG-Bereich wurden 11 Fälle (2013: 5) behandelt, die zu keiner Intervention Anlass gaben. Die Hauptprobleme betrafen die Versicherungsleistungen, Reglementfragen und allgemeine Informationen.

Fast alle Versicherungen bemühten sich im Berichtsjahr, die Arbeit der Zweigstelle im Tessin zu unterstützen, indem sie – wenn nötig – unverzüglich ihre Dossiers zur Verfügung stellten.

Medienarbeit von Avv. Caimi

Am 30. Mai 2014 hatte Avv. Caimi Gelegenheit, an der Fernsehsendung «Patti Chiari» der RSI LA1 teilzunehmen, wo unter dem Titel «Non ti assicuro più» das Thema der Folgen bei der Kündigung gemäss Art. 42 VVG im Schadenfall in der Autohaftpflicht- und Kaskoversicherung diskutiert wurde. Seine Teilnahme als Repräsentant der Ombudsstelle, der sich grundsätzlich über das Thema und seine Tätigkeit und nicht so sehr über die konkreten, in der Sendung dargestellten Fälle äusserte, wurde sowohl vom Publikum wie auch von den Gesellschaften positiv beurteilt.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Me Olivier Subilia, der Leiter der Zweigstelle in der französischsprachigen Schweiz, konnte im Vorjahresvergleich einen praktisch identischen Umfang der Beschwerdefälle verzeichnen. Nach dem deutlichen Rückgang der Fallzahlen im Vorjahr 2013 zeichnet sich somit eine Stabilisierung sowohl der Anzahl als auch der Art der Beschwerden ab. Insgesamt wurden über alle Bereiche 460 Anfragen (gegenüber 466 im Vorjahr) an die Zweigstelle der französischsprachigen Schweiz gerichtet. Dazu zählen unter anderem 300 Anfragen betreffend den Privatversicherungsbereich (317 im Jahr 2013), 45 Anfragen betreffend den UVG-Bereich (49 im Jahr 2013) und 17 Anfragen betreffend den Bereich der beruflichen Vorsorge (14 im Jahr 2013).

Im Übrigen wandten sich 98 Personen (86 im Jahr 2013) mit Fragen an die Zweigstelle, die ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle liegen und daher direkt erledigt werden konnten. Allerdings sind mit über zwei Dritteln dieser Anfragen (67) die Krankenkassen am häufigsten betroffen. In solchen Fällen konnte Me Subilia die Dossiers direkt an die hierfür zuständige Ombudsfrau der Krankenversicherung in Luzern weiterleiten. In einer Mehrzahl dieser Fälle bedankten sich die Beschwerdeführer für diese umstandslose Mithilfe zur raschen Weiterbearbeitung ihrer Anfragen. Diese Weiterleitung zeigt Beschwerdeführern, dass sie unterstützt werden, auch wenn ihre Anfrage ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle liegt, an die sie sich gewandt haben. Weitere Beschwerden, die ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs unserer Ombudsstelle liegen, beantwortete Me Subilia, indem er die Beschwerdeführer grossmehrheitlich dabei unterstützte, alternative Anlaufstellen zu finden. Diese Ratschläge wurden sehr geschätzt.

**Krankentaggeld-Versicherung –
Enger Vermittlungsspielraum der
Ombudsstelle aufgrund des festgestellten
medizinischen Sachverhalts**
Innerhalb des Zuständigkeitsbereichs be-

zogen sich die meisten Anfragen auf die Branche der Krankentaggeldversicherung (68 Fälle gegenüber 67 im Jahr 2013). Die Hälfte dieser Anfragen (34) betrafen Leistungskürzungen oder die Ablehnung von Leistungen. Dabei handelte es sich oft um Fragen zum Gesundheitszustand und der Möglichkeit, der angestammten oder einer angepassten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Solche Fälle sind häufig komplex, weil der medizinische Sachverhalt ausschlaggebend ist, um feststellen zu können, ob Leistungen zu Recht gekürzt oder abgelehnt wurden. Waren ärztliche Untersuchungen bereits abgeschlossen, beschränkte sich der Vermittlungsspielraum oft darauf, dass Me Subilia eine neue ärztliche Expertise vorschlug. Die drei Interventionsfälle zu dieser Fragestellung waren entsprechend erfolgreich.

Rechtsschutz-Branche

Beschwerden betreffend die Branche Rechtsschutz sind mit nunmehr 37 Beschwerden zum zweitwichtigsten Problemfeld geworden, mit dem sich Me Subilia zu befassen hatte. Anlass zu einer gewissen Anzahl von Beschwerden gab die Kündigung im Schadensfall. Diese wird von Rechtsschutz-Versicherten besonders stark empfunden. Es kann vorkommen, dass langjährige Versicherungsverträge in Übereinstimmung mit den allgemeinen Vertragsbedingungen aufgrund eines aus Sicht der Beschwerde führenden Partei unbedeutenden Schadens gekündigt werden. So z.B. wenn die erbrachten Leistungen sich nicht aus einer Übernahme von Prozesskosten, sondern aus erteilten Rechtsauskünften zusammensetzen. In solchen Fällen haben Versicherte oft den Eindruck, nicht in den Genuss von Leistungen gekommen zu sein, die im Zusammenhang mit der Vertragsauflösung stehen. Die Rolle von Me Subilia ist in diesem Bereich nicht einfach: Es geht darum, einen Sachverhalt zu erklären, der rechtlich zwar nicht zu beanstanden ist, dessen praktische Umsetzung aber zu Unverständnis und Unzufriedenheit führt.

Motorfahrzeug-Versicherungen – Zunahme von Beschwerden gegen Vorwürfe von Versicherern, es habe eine betrügerische Anspruchsbegründung stattgefunden

Die Motorfahrzeugversicherungen haben die Zweigstelle recht gut beschäftigt. Mit 26 Fällen zur Branche Autohaftpflicht und 28 zur Branche Kaskoversicherung gaben diese 56 Dossiers Anlass zu nicht weniger als 11 Interventionen. Dabei erwies sich eine Anzahl Beschwerdefälle als besonders heikel, weil der Versicherer den Vorwurf einer versuchten betrügerischen Anspruchsbegründung nach Art. 40 VVG erhoben hatte. Die Vermittlungsbemühungen von Me Subilia führten in solchen Fällen selten zu einem positiven Ergebnis. Sobald ein Versicherer den Eindruck hat, ein Versicherter betrüge, um ihm nicht zustehende Forderungen zu erhalten, erscheint es Me Subilia manchmal fast unmöglich, einen Meinungsumschwung zu erreichen. In einem Fall war es jedoch möglich, glaubhaft zu machen, dass es sich nicht um einen versuchten Versicherungsbruch handelte. Vielmehr konnte der Versicherte den Umfang des geltend gemachten Schadens nicht beweisen. In der Regel hielt der Versicherer jedoch an seiner Position fest und begründete dies damit, dass die Ergebnisse ihrer Betrugsabteilung keinen Ermessensspielraum zuließen.

Reiseversicherungen – Strenge Auslegung der Vertragsbedingungen durch Reiseversicherer

Meinungsverschiedenheiten mit Reiseversicherungen führten vergleichsweise oft zu Interventionen (insgesamt 3, d.h. in einem von sechs Fällen). Eine in diesem Zusammenhang häufig wiederkehrende Fragestellung betrifft die vorbestehenden und somit nicht versicherten Leiden. Einigen Versicherten, die zwar in ihrer Gesundheit beeinträchtigt waren, aber – der Einschätzung ihres Arztes folgend – von einer rechtzeitigen Genesung vor Beginn der Reise ausgingen, wurde nach unvorhergesehener Verschlimmerung des Gesundheitszustands zum Vorwurf gemacht,

dass sie ihre Reise zu spät annulliert haben. In wiederum anderen Fällen wurde vom Versicherer beanstandet, dass der Versicherte die vorhersehbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorwegnahm und die Reise (unter für sie günstigen Voraussetzungen) und vor Eintritt der effektiven Verschlechterung annullierten. In den meisten Fällen, die Me Subilia unterbreitet wurden, erschien die Auslegung der Allgemeinen Vertragsbedingungen als allzu streng bzw. genügend fragwürdig, um beim Versicherer zu intervenieren, was jedoch in keinem dieser Fälle zu einem Entgegenkommen führte.

Bei Reisesversicherungen, deren Deckung sich auf einen kurzen Zeitraum bezieht, kann die Ombudsstelle den Versicherungen nur empfehlen, sich sowohl in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB als auch in den vorvertraglichen Informationen so präzise wie möglich zu den Obliegenheiten und den Deckungsumfang zu äussern, damit Unverständnis und Unzufriedenheit seitens der Versicherten vermieden werden kann.

UVG-Bereich

Im UVG-Bereich war lediglich ein Interventionsfall zu verzeichnen. In diesem Zusammenhang sei nochmals erwähnt, dass die Zuständigkeit der Ombudsstelle nur solange geben ist, als die Unfallversicherung ihrerseits noch keine Verfügung im Rechtssinn erlassen hat. Dieser Umstand führt dazu, dass die Versicherten sich oftmals zu spät an die Ombudsstelle wenden und eine Intervention nicht mehr möglich ist.

Glücklicherweise gestaltet sich die Vermittlungstätigkeit nicht überall so düster. Die Einschaltung der Ombudsstelle führte teilweise auch dazu, dass in schwer fassbaren Fällen eine gütliche Lösung gefunden werden konnten. Als Beispiel sei der Vorfall eines Versicherten genannt, der im Ausland unter eher unklaren Umständen einen Fahrzeugschaden erlitt und dessen Bescheinigungen, die vom ausländischen Garagisten und den dortigen

Behörden ausgestellt wurden, bezüglich des Sachverhalts teilweise zu variieren schienen. In dieser Sache, die sich um einen relativ tiefen Streitwert drehte, zeigte sich der Versicherer jedoch pragmatisch, sodass ohne grosse Kosten eine zufriedenstellende Lösung gefunden werden konnte.

Für Me Subilia widerspiegelt dieser letztgenannte Fall das Berichtsjahr bildlich. Es zeigt wie Parteien durch unsere Vermittlungsbemühungen ihre festgefahrenen Positionen überwinden und in ihrer Meinungsverschiedenheit eine für beide Parteien akzeptable Lösung erzielen können. Dies indem von einer zu rigorosen Auslegung des Sachverhalts abgesehen wird und man sich in der Folge auf Basis einer vielleicht nicht ganz exakten, aber fairen Lösungsfindung im Sinne aller Beteiligten einigen kann. In all diesen Fällen schätzt sich Me Subilia glücklich, zu einem positiven Resultat beigetragen zu haben.

Weitere Aktivitäten

Im Mai 2014 führte der Stiftungsratspräsident zusammen mit dem Ombudsman eine Medienkonferenz durch, an der auch zwei Rechtsprofessoren der Universität Zürich teilgenommen haben. Dieser Medienanlass und die weiteren Medienkontakte (mit Radio, Print- und Onlinemedien), die der Ombudsman im Berichtsjahr pflegen konnte, dienen nicht nur der Information über unsere Tätigkeit, sondern fördern im Interesse der Rat-suchenden auch einen leichteren Zugang zu unserer neutralen Dienstleistung.

Im Oktober 2014 nahm unsere Stiftung am Vernehmlassungsverfahren des Eidgenössischen Finanzdepartements/EFD zum Finanzdienstleistungsgesetz/FIDLEG teil. Die Vernehmlassungsantwort ist auf unserer Webseite www.versicherungsombudsman.ch sowohl in deutscher als auch in französischer Sprache aufgeschaltet. An einem Meinungsaustausch mit dem Leiter Rechtsdienst EFD und dem schweizerischen Bankenombudsman wurde zudem der vorgeschlagene Gesetzestext im FIDLEG zum Kapitel «Ombudsstellen» aus praktischer Sicht eingehend diskutiert.

Nebst einem Meinungsaustausch mit der FINMA zum Thema Krankenzusatzversicherungen fanden verschiedene Treffen mit anderen Ombudsleuten statt, welche der Koordination von branchenübergreifenden Themen (z.B. mit der Reisebranche) und der Koordination von Beschwerdefällen dienen, welche auch die Zuständigkeit mehrerer Ombudsstellen tangierten (z.B. in der Kranken- und Unfallversicherung).

Des Weiteren konnte der Ombudsman auch internationale Kontakte pflegen. Nebst seiner Teilnahme an einer Tagung der Finanzmarktaufsicht/FMA Liechtenstein nahm er zweimal als Beobachter an einem Meeting der FIN-NET (Financial services complaint) der Europäischen Union teil. Anlässlich eines Treffens mit dem deutschen Versicherungsombudsman und dessen Geschäftsführer in Berlin konnte sich der Ombudsman einen vertieften Einblick in die Organisation und das Verfahren der deutschen Versicherungsombudsstelle verschaffen.

Anlässlich von zwei Referaten (an einer Broker-Tagung und vor der ASDA-Sektion Basel) hatte der Ombudsman Gelegenheit, erfahrenen Praktikern dazulegen, mit welchen Problemen beim Abschluss von Versicherungsverträgen sich die Ombudsstelle häufig zu befassen hat, und wie diese seiner Meinung nach zumindest teilweise vermieden werden können.

Einen festen Platz in der Agenda des Ombudsman haben seine jährlichen Kontakte mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften und seine Treffen mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften, die er als besonders wichtig und wertvoll erachtet. Dabei werden jeweils Schwerpunktthemen und Fragen besprochen, welche über das Tagesgeschäft hinausgehen. In einzelnen Fällen dienen diese Gespräche insbesondere auch der Lösungsfindung bei Problemen, welche eine Vielzahl von Versicherten betreffen.

Stiftungsrat

Nach 20-jähriger Amtszeit trat Herr Hanspeter Seiler, Alt Nationalratspräsident, per 31. Dezember 2014 als Mitglied des Stiftungsrats zurück. Während seiner langjährigen Mitgliedschaft im Stiftungsrat wurden wichtige strategische Projekte zur Weiterentwicklung der Ombudsstelle initiiert und umgesetzt, so insbesondere die Erweiterung des Tätigkeitsfelds unserer Stiftung auf UVG- und BVG-Angelegenheiten sowie auf die Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten mit der Militärversicherung. Mit seinem aktiven und sachkundigen Engagement im Stiftungsrat hat Herr Seiler die Entwicklung der Stiftung «Ombudsman der Privatversicherung und der Suva» massgeblich mitgeprägt und einen wichtigen Beitrag zur Wahrung der Unabhängigkeit unserer Institution geleistet. Für seine wertvolle Tätigkeit gebührt ihm unser aufrichtiger Dank. Für die Zukunft begleiten ihn unsere besten Wünsche.

Als Nachfolgerin von Herrn Hanspeter Seiler wählte der Stiftungsrat per 1. Januar 2015 Frau Nationalrätin Andrea Geissbühler in den Stiftungsrat.

Vernehmlassungsverfahren zu einem Finanzdienstleistungsgesetz/FIDLEG

Zusammenfassung der Position der Stiftung

Unsere Stiftung lehnt sowohl die Unterstellung der Versicherungsbranche unter das FIDLEG als auch die Unterstellung der Versicherungs-Ombudsstelle unter das FIDLEG ab.

Die vorgeschlagene Unterstellung der Versicherungsbranche unter das FIDLEG umfasst nebst den rückkaufsfähigen Lebensversicherungen indirekt zumindest auch den Vertrieb der Produkte sämtlicher weiterer Versicherungszweige, die der Aufsicht der FINMA unterstehen (vgl. z.B. die vorgeschlagene Änderung von Art. 42 VAG), je nach Auslegung von Art. 2) sogar die gesamte private Versicherungsbranche.

Für die Versicherungsbranche besteht bereits eine umfassende Regelung mit strengen sektorspezifischen Regelungen zum Kunden- und Anlegerschutz. Allfällige Anpassungen der Gesetzgebung (nach sieben Jahren seit Inkrafttreten der letzten Teilrevision) sind ausschliesslich im Rahmen der vom Parlament im Jahr 2013 in Auftrag gegebenen weiteren Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes vorzunehmen.

Die neutrale Vermittlungstätigkeit der «Ombudsstelle der Privatversicherungen und der Suva» bei Meinungsverschiedenheiten mit Versicherungs-Gesellschaften hat sich seit 42 Jahren in 84'000 Fällen bewährt. Praktisch sämtliche Versicherer, bei denen Streitigkeiten zwischen Retailkunden und Versicherern entstehen können, sind der Ombudsstelle angeschlossen. Die Effektivität des Kundenschutzes durch die Ombudsstelle ist in hohem Mass gewährleistet und durch statistische Daten ausgewiesen. Die von der GfK Switzerland durchgeführte repräsentative Kundenzufriedenheitsstudie belegt eine hohe Zufriedenheit der Versicherten mit der Ombudsstelle. Eine gesetzliche Verankerung der Versicherungsombudsstelle im FIDLEG ist somit nicht erforderlich und daher abzulehnen.


Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident



Rolf Schweiger

Der Ombudsman

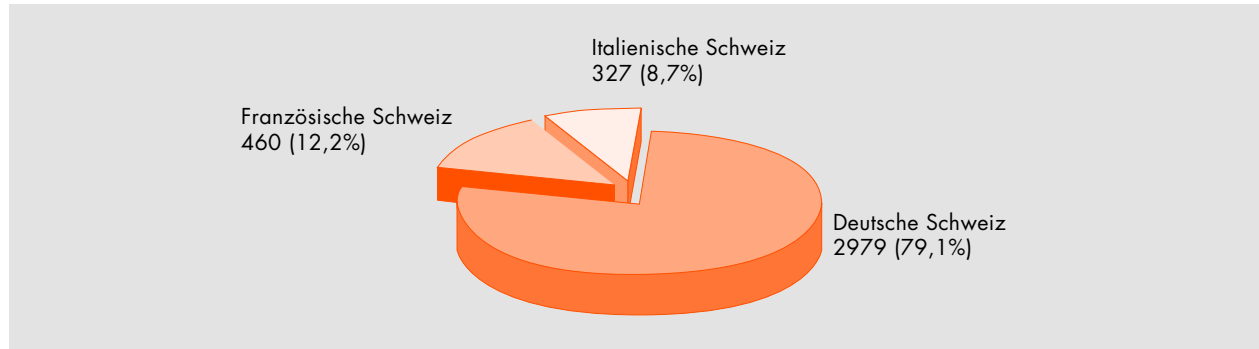


Martin Lorenzon

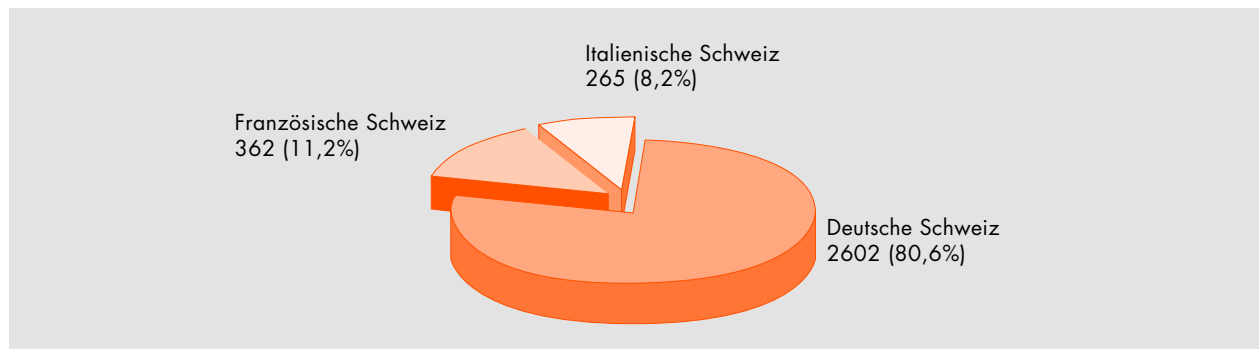
Zürich, März 2015

Statistiken 2014

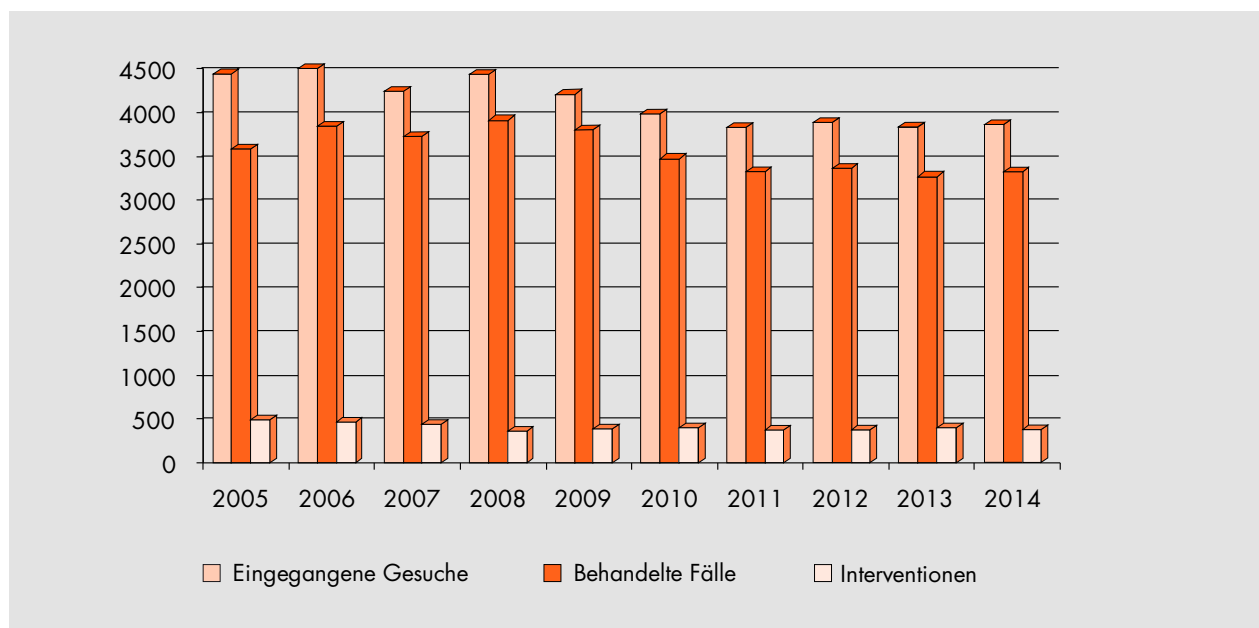
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2005 bis 2014



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften

(Stand März 2015)

ACE Versicherungen
AIG Europe
AIG Life
Alba (jetzt Helvetia)
Allianz Global Assistance (vormals Elvia Reisen und Mondial Assistance)
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Leben
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista Rechtsschutz AG (vormals Assista TCS AG)
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
Branchen Versicherung Schweiz
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chartis Europe SA (jetzt AIG Europe)
Chubb
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
DAS
Dextra Rechtsschutz AG
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
Elvia Reisen (jetzt Allianz Global Assistance)
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
GAN
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)
Helvetia Leben
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Mannheimer
Militärversicherung SuvaCare
Mondial Assistance Schweiz (jetzt Allianz Global Assistance)
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Orion
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
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
Swiss Life
Sympany
TCS Versicherungen AG (ausser TCS)
TSM
UBS Life AG
UNIQA
VA Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
Visana Versicherungen AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
Waadt Versicherungen
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

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

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

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