



/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2016

44. Ausgabe

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

(Stand zum 31.12.2016)

Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident
Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur, Vizepräsidentin
Andrea Geissbühler, Nationalrätin, Bärswil
RA Dr. Gabi Huber, a. Nationalrätin, Altdorf
Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Versicherung, Pully
Francis Matthey, a. Staatsrat und a. Nationalrat, La Chaux-de-Fonds
RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root
Chiara Simoneschi-Cortesi, a. Nationalratspräsidentin, Comano
(Mutationen siehe Inhaltsverzeichnis)

Ombudsman

Martin Lorenzon, Rechtsanwalt

Ombudsstelle

Deutsche Schweiz

Urs Bucher, Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst
Adrian Bryner, Rechtsanwalt
Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin
Eveline Bretscher Todaro, Assistenz
Dr.phil. Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, Assistenz

Zweigstellen

Französische Schweiz

Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat

Italienische Schweiz

Avv. Carlo Luigi Caimi

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Von Zeit zu Zeit werde ich mit der Aussage konfrontiert, dass die Arbeit der Ombudsstelle sicher schwierig sei, wenn man immer «im Sandwich» zwischen Versicherten und Versicherungs-Gesellschaften sei.

Ich teile diesen Personen dann jeweils mit, dass wir uns weder in einer Sandwich-Position befinden, noch uns entsprechend fühlen. Als neutrale und unabhängige Ombudsstelle vermitteln wir nicht als Beauftragte der Versicherten und/oder der Versicherungs-Gesellschaften. Wir handeln somit nicht als Interessenvertreter, und wir bilden uns in jedem Fall eine eigene Meinung, die auf dem Gesetz, der geltenden Rechtsprechung und dem Vertrag basiert. Dadurch werden bei der

Ausübung unserer Tätigkeit sowohl die für Sandwichpositionen typischen Rollenkonflikte als auch Konflikte mit den eigenen Wertvorstellungen vermieden.

Unabhängig davon üben die Versicherungs-Gesellschaften keinen Druck auf die Ombudsstelle aus. Sie haben lediglich die von beiden Parteien berechnete Erwartung an unsere neutrale Institution, dass wir die uns unterbreiteten Fälle unvoreingenommen, unabhängig und neutral auf Basis der geltenden Gesetze und Verträge beurteilen.

Wenn wir Druck verspüren, kommt dieser jeweils von den Ratsuchenden. Diese fühlen sich aufgrund des grossen Wissens- und Machtgefälles zwischen den Versicherungs-Gesellschaften und ihnen als Versicherten oft hilflos, und die Situation ist häufig emotional aufgeladen. Hier ist es unsere Aufgabe als Ombudsstelle, dieses Wissens- und Machtgefälle im Hinblick auf einvernehmliche Lösungen auf möglichst sachlicher Ebene auszugleichen, ohne den Boden der Neutralität zu verlassen oder die Interessen der Beschwerdeführer anwaltlich zu vertreten.

Die Versicherten akzeptieren in aller Regel unsere neutrale Funktion und unsere Rolle als unabhängige Vermittler, und die Einzelfälle, in denen dies nicht der Fall war, weil die Versicherten von uns eine anwaltliche Interessenvertretung erwarteten, sind trotz spürbar zunehmender Anspruchshaltung beim Publikum eher selten.

Ich danke den Versicherten und den Versicherungs-Gesellschaften für das in unsere Institution gesetzte Vertrauen und den Mitarbeitenden der Ombudsstelle für ihr Engagement im Interesse der Parteien, Streitfälle gütlich zu lösen.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'M. Lorenzon'.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung

Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2016

Im Berichtsjahr 2016 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle von 2982 auf 3479 (um 16,6%) gestiegen.

3081 Fälle konnten ohne Intervention beim Versicherer bzw. direkt mit den Versicherten oder Anspruchstellern erledigt werden. Zu einer Intervention beim involvierten Versicherer führten 398 Beschwerdefälle (Interventionsquote 24,3%). Davon konnten 95% vor Jahresende abgeschlossen werden. Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 67,4%. Der höchste Streitwert bei den Interventionsfällen betrug CHF 700'000.- und der tiefste strittige Betrag CHF 120.-.

Der Hauptschwerpunkt unserer Tätigkeit lag wie in den Vorjahren bei den Personenversicherungen mit einem Anteil an den Fallzahlen von 50%. In der Krankentaggeld-Branche haben die Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden auch unter Fachärzten strittig war, analog zu den Vorjahren weiterhin zugenommen.

Erstmals hatten wir uns mit Deckungsproblemen von «Bed and Breakfast»-Beherbergern zu befassen. Hier war strittig, welchen Versicherungsschutz die bestehende Hausrat-Police bietet, und ob nicht eine Geschäftsversicherung nötig gewesen wäre, um die bestehenden Risiken als Gastgeber abzudecken, welche in ihrem Haus oder in ihrer Wohnung Zimmer an Reisende vermieten.

Bei der weiterhin zunehmenden Anzahl von Beschwerden gegen Mobiltelefon-Versicherer hatten wir verschiedentlich die Frage zu prüfen, ob der Versicherer die beantragte Entschädigung für den Diebstahl des Smartphones gestützt auf eine entsprechende Klausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB mit der Begründung ablehnen könne, dass die Art der Verwahrung nicht dem Gegenstand angemessen gewesen sei.

In der Branche Reiseversicherungen bezogen sich im Berichtsjahr einige Beschwerden gegen Leistungsablehnungen infolge präventiv vorgenommener Annullationen von Reisen in Gebiete, in welchen das Zika-Virus aufgetreten war.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2016	
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	4
Interventionsfälle	5
– Interventionsquoten	5
– Interventionen pro Branche/Bereich	6
– 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	9
Der UVG-Bereich und die Militärversicherung	17
Der Bereich berufliche Vorsorge	19
Die Zweigstellen	
Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz	21
Die Zweigstelle in der französischen Schweiz	24
Weitere Aktivitäten	27
Mutationen im Stiftungsrat	28
Statistiken 2016	
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche	29
Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle	29
Tätigkeit 2006 bis 2016	29
Angeschlossene Gesellschaften	30

Übersicht über das Berichtsjahr 2016

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2016 wurden der Ombudsstelle 3926 (Vorjahr 3502) Anliegen und Beschwerden unterbreitet.

Anfragen total			3926	(3502)
Zuständigkeit			3479	(2982)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1844	(1651)	
	• davon schriftlich	1237	(1003)	3081 (2654)
Interventionen			398	(328)

Wert des Vorjahres in Klammer

Der im Vorjahr bestehende Trend zu leicht rückläufigen Fallzahlen hat sich nicht weiter fortgesetzt. Im Zuständigkeitsbereich sind die

Fallzahlen von 2982 auf 3479 (16,6%) Fälle gestiegen.

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle:

Sachbereich	2016	2015
AHV	12	5
ALV	7	10
IV	12	17
Krankenkassen	158	250
Kantonale Versicherungen	23	22
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	22	26
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	52	48
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	37	49
Diverses	123	92
Mutterschaftsversicherung	1	1
Total	447	520

Fallzahlen im Bereich Personenversicherungen

Im Bereich Personenversicherungen entfielen 709 Fälle (559) auf UVG-Versicherungen (inkl. 17 (12) Anfragen zur Suva Militärversicherung), gefolgt von 621 Fällen (533) zu Krankentaggeld-Versicherungen, 298 Anfragen (279) zu Lebens-

versicherungen, 96 Fälle (74) zum BVG-Bereich und 31 Anliegen (38) von Versicherten im Zusammenhang mit privaten Unfallversicherungen.

Obligatorische Unfallversicherung	709	(559)
Krankentaggeld-Versicherung	621	(533)
Lebensversicherung	298	(279)
BVG-Bereich	96	(74)
Private Unfallversicherung	31	(38)
Total	1755	(1483)

Wert des Vorjahres in Klammer

Der Bereich Personenversicherungen stellte mit einem Anteil von rund 50% an den gesamten Fallzahlen den grössten Schwerpunkt unserer Tätigkeit dar.

Im UVG-Bereich ist der Anstieg der Fallzahlen massgeblich auf Meinungsverschiedenheiten

zurückzuführen, bei denen der Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und den geltend gemachten Gesundheitsbeschwerden strittig war. Im Krankentaggeld-Bereich haben Fälle, bei denen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Leiden strittig war, analog zu den Vorjahren weiterhin zugenommen.

Im UVG-Bereich ist die Ombudsstelle ab Erlass einer UVG-Verfügung nicht mehr zuständig

Der Anteil der Anfragen im UVG-Bereich, bei denen bereits eine Verfügung erlassen worden war, betrug 15,9% (13%). Diese Fälle konnten wir nicht mehr prüfen. Mit Erlass einer UVG-Verfügung beginnt das streitige Verwaltungsverfahren. Ab diesem Zeitpunkt besteht kein Raum mehr für unsere Vermittlungstätigkeit.

Damit wir uns mit Anliegen von UVG-Versicherten befassen können, ist es wichtig, dass diese den Versicherer schriftlich über die Einschaltung der Ombudsstelle informieren und ihn gleichzeitig darum bitten, vorläufig mit dem Erlass einer Verfügung zuzuwarten, damit die Ombudsstelle den Fall noch prüfen kann.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	2016	A	B	C	D	2015
Autohaftpflicht	295	45	60	150	40	234
Arbeitslosigkeit	2	0	0	2	0	7
Diebstahl	70	5	2	52	11	78
Fahrzeugkasko	127	14	20	74	19	137
Feuer/Elementar	36	3	2	22	9	35
Gebäude/Glas	62	20	9	25	8	41
Haftpflicht	235	25	12	170	28	207
Hausrat	151	36	35	58	22	109
Handy	116	7	2	44	63	38
Kaution	0	0	0	0	0	0
Krankheit	621	97	58	367	99	533
Leben	298	120	17	90	71	279
Maschinen	0	0	0	0	0	3
Rechtsschutz	328	51	35	180	62	283
Reise	234	15	3	194	22	232
Schmuck	4	1	0	3	0	3
Tiere	12	1	3	7	1	11
Transport	3	0	0	3	0	1
Unfall privat	31	8	3	14	6	38
Wasser	36	4	2	28	2	66
Kreditgarantie	12	2	0	10	0	11
Garantie	1	0	1	0	0	3
UVG	709	18	9	467	215	559
BVG	96	21	11	40	24	74
Total	3479	493	284	2000	702	2982

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

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

Bereich	2016	2015	2014	2013	2012
UVG	709	559	556	549	603
Krankheit	621	533	571	522	524
Rechtsschutz	328	283	304	239	318
Leben	298	279	326	398	375
Autohaftpflicht	295	234	263	294	314
Allgemeine Haftpflicht	235	207	257	276	329
Reiseversicherung	234	232	212	120	110

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2016 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	2105	(1836)
Frauen	1608	(1431)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	213	(235)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2016	2015	Differenz
Deutsche Schweiz	3060	2800	+ 260
Französische Schweiz	492	404	+ 88
Italienische Schweiz	374	298	+ 76
Total	3926	3502	+ 424

Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle	2016	2015	Differenz
Deutsche Schweiz	2763	2426	+ 337
Französische Schweiz	407	320	+ 87
Italienische Schweiz	309	236	+ 73
Total	3479	2982	+ 497

Die Zunahme der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr von 2982 auf 3479 (16,6%) betraf sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich als auch die sprachregionalen Zweigstellen. In Zürich sind die Fallzahlen um 13,8% angestiegen, in Lausanne um 27,2% und in Lugano um 30,9%.

Der Anstieg der Fallzahlen, der insbesondere in der Westschweiz und im Tessin ausserordentlich gross war, dürfte mit der erhöhten Medienpräsenz der Ombudsstelle zusammenhängen. Mit dieser dürfte die Bekanntheit unserer Institution insbesondere bei jungen Erwachsenen vergrössert worden sein.

Interventionsfälle

Das Total der Interventionsfälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 328 auf 398 gestiegen. Mehrfach-Interventionen in der gleichen

Beschwerde-Angelegenheit werden nachstehend als ein Interventionsfall erfasst.

	2016	2015	Differenz
Deutsche Schweiz	342	288	+ 54
Französische Schweiz	50	28	+ 22
Italienische Schweiz	6	12	- 6
Total	398 *	328	+ 70

*Davon waren Ende 2016 insgesamt 377 abgeschlossen.

Interventionsquoten (ohne Berücksichtigung der telefonischen Anfragen)

Privatversicherung	23,17%	(25,6%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	28,99%	(20,6%)
Sammelstiftungen BVG	26,19%	(26,5%)

Wert des Vorjahres in Klammer

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben

im Vorjahresvergleich von 72 Fällen (22,08%) auf 64 Fälle (16,08%) abgenommen.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total
Autohaftpflicht	263	29	3			32
Arbeitslosigkeit	2					0
Hausrat	142	9				9
Handy	102	13			1	14
Diebstahl	63	6	1			7
Elementar	17	2	1			3
Feuer	15	1				1
Kasko	115	10	2			12
Gebäude	50	8				8
Glas	4					0
Garantie	1					0
Haftpflicht	207	25	2	1		28
Krankheit	567	41	12	1		54
Kaution	0					0
Kreditgarantie	10	1		1		2
Leben	260	27	9	1	1	38
Maschinen	0					0
Reise	182	44	7		1	52
Rechtsschutz	302	22	4			26
Schmuck	2	2				2
Transport	3					0
Tier	10	1	1			2
Unfall privat	26	4	1			5
Wasser	33	3				3
UVG	620	77	10	2		89
BVG	85	9	2			11
Insgesamt	3081	334	55	6	3	398

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2016 abgeschlossenen 377 Interventionen war in 254 Fällen (67,4%) positiv und in 108 Fällen (28,6%) negativ. In 15 Fällen (4%) wurde das Resultat als neutral erfasst.

Als neutral wird das Ergebnis einer Intervention jeweils dann erfasst, wenn sie einzig Informationsfragen betraf, wenn wir unsere Tätigkeit infolge Beizugs eines Anwalts durch die Beschwerde führende Partei vorzeitig beenden mussten, oder wenn eine Intervention gegenstandslos wird, weil sich eine Antwort des Versicherers mit einer Intervention kreuzt.

Als positiv bezeichnen wir die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer (= Intervention) jeweils dann, wenn sie zu einer Verbesserung der bisherigen Situation der Beschwerde führenden Partei führt. Negativ ist das Ergebnis einer Intervention, wenn diese die bisherige Situation der Beschwerde führenden Partei nicht zu verbessern vermag.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

Die Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften funktionierte wie bis anhin in den meisten Fällen gut bis sehr gut. Dies gilt sowohl bezüglich der Ernsthaftigkeit und Seriosität, mit welcher Interventionen geprüft wurden, als auch bezüglich der Qualität der Stellungnahmen, welche in der überwiegenden Zahl der Fälle fundiert waren.

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

Unbefriedigend war die Zusammenarbeit mit den Versicherern bloss in Einzelfällen. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn Stellungnahmen zu routinemässig bzw. schematisch abgegeben wurden. Solche Fälle erforderten jeweils eine erneute Intervention.

Allzu einfach machten es sich einzelne Mitarbeitende eines auch im UVG-Bereich tätigen Privatversicherers, welche dem Ombudsmann in sehr kurz gefassten Stellungnahmen mitteilten, die versicherte Person könne eine UVG-Verfügung verlangen, wenn sie mit dem ablehnenden Entscheid, an welcher die Gesellschaft übrigens festhalte, nicht einverstanden sei. Hier musste der Ombudsmann seinen Ansprechpartner darauf hinweisen, dass das Verfahren der Ombudsstelle auch im UVG-Bereich bezweckt, vor allfälliger Einleitung des langwierigen formellen

Rechtsverfahrens gütliche Lösungen zu finden, wo sich dies im Einzelfall rechtfertigt. Der Ombudsmann erwartet, dass bereits im informellen Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle vom Versicherer berücksichtigt wird, ob eine prozessuale Beurteilung des Anliegens der Beschwerde führenden Partei Erfolgsaussichten hat oder nicht.

Unerfreulich war in einzelnen UVG-Fällen zudem, dass der Versicherer während unserer Vermittlung der versicherten Person versehentlich eine UVG-Verfügung zustellte, anstatt dem Ombudsmann seine Stellungnahme zukommen zu lassen. Ab Erlass einer Verfügung ist die Ombudsstelle nicht mehr zuständig. Es ist daher unerlässlich, dass der Versicherer in entsprechenden Fällen seine Verfügung zurückzieht, damit die Ombudsstelle ihre laufende Vermittlungstätigkeit weiter durchführen und beenden kann. In den meisten Fällen wurde dies automatisch getan, ohne dass der Ombudsmann noch Überzeugungsarbeit leisten musste.

Die Bearbeitungsdauer der Interventionsfälle gab bei den meisten Versicherern zu keinen Beanstandungen durch den Ombudsmann Anlass. Im Gegenteil betrug sie bei den meisten Versicherern ein bis vier Wochen. Dies trug wesentlich dazu bei, dass 95% aller Interventionsfälle des Jahres 2016 noch im Berichtsjahr abgeschlossen werden konnten. Lediglich bei ein paar wenigen Versicherern betrug die Bearbeitungsdauer von Interventionsfällen auch dann, wenn keine Sachverhaltsabklärungen mehr nötig waren, regelmässig mehr als vier Wochen.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Der in den letzten Jahren anhaltende Trend zum Rückgang der Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung setzte sich im Berichtsjahr nicht mehr weiter fort. Die Zahlen haben sich auf dem Niveau von 298 (269) stabilisiert.

Die uns unterbreiteten Anfragen betrafen vor allem die Säule 3a, die Rückkaufswerte von vorzeitig aufgelösten Lebensversicherungs-Policen mit Sparanteil, strittige Erwerbsunfähigkeitsleistungen sowie vereinzelt verzögerte Zahlungen von Versicherungsleistungen an Versicherungsnehmer im Ausland.

Rückkaufswert von gemischten Lebensversicherungen – Informationsbedarf bei den Versicherten

Vielen Versicherten ist nicht bekannt, dass der Abschluss einer Lebensversicherungspolice nicht einfach mit Banksparen verglichen werden kann. Wenn man denselben monatlichen Sparbetrag auf einem Sparbuch anlegt, wird dieser Betrag bei der Bank verzinst, und man hat am Schluss derselben Laufzeit ein seinen Einzahlungen plus Zins entsprechendes Guthaben geöffnet. Bei der Versicherung ist dies schon deshalb anders, weil mit den Prämienzahlungen auch eine Risikodeckung finanziert werden muss, die beim Vertragsabschluss gewünscht wurde und die beim Banksparen nicht gegeben ist.

Dementsprechend mussten wir einigen Ratsuchenden darlegen, dass der Rückkaufswert ihrer Police nicht mit den einbezahlten Prämien gleichgesetzt werden kann, weil ihre Prämien nicht nur zur Finanzierung von Sparkapital dienen, sondern auch zur Finanzierung der Risiko-Versicherungen (Todesfallversicherung und Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit). Hinzu kommen in jedem Fall die Abschluss-, Verwaltungs- und Inkassokosten. Im Falle eines Rückkaufs der Police werden die Abschlusskosten zudem vollständig amortisiert. Schon aus diesem Grund führt die vorzeitige Auflösung eines langfristigen Vertrags zu einem umso geringeren Rückkaufswert, je rascher der Rückkauf nach Vertragsabschluss erfolgt. Ein solcher ist denn auch erst nach Einzahlung von drei vollen Jahresprämien gesetzlich vorgeschrieben (vgl. Art. 90 Abs. 2 VVG).

Diejenigen Versicherten, welche eine Überprüfung der korrekten Berechnung des Rückkaufswerts wünschten, mussten wir zuständigkeitshalber an die Aufsichtsbehörde, die Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) weiterverweisen. Die FINMA hat im Gegensatz zur Ombudsstelle Zugang zu den Berechnungsgrundlagen und ist gesetzlich verpflichtet, im Einzelfall die Korrektheit des von der Versicherungsgesellschaft bekannt gegebenen Rückkaufswerts unentgeltlich zu prüfen.

Der Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen wie in den Vorjahren Anfragen und Beschwerden zur Ausgewiesenheit und Höhe der Versicherungsleistungen im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Deckungsumfang und zu Vertragskündigungen.

Mobiltelefon-Versicherungen – Handy-Diebstahl in den Strand-Ferien – Angemessene Verwahrung des Mobiltelefons

Die Anfragen und Beschwerden von Versicherten im Zusammenhang mit Mobil-Telefonversicherungen sind im Berichtsjahr weiterhin angestiegen (von 38 auf 116).

Ein Beschwerdeführer berichtete über den Entreis-Diebstahl seines Mobiltelefons auf einer Ferienreise in der Karibik. Bei einem Fussmarsch am Strand wurde er durch ungekannte Täterschaft von hinten angefallen und zu Boden geworfen. Dabei wurde ihm der Rucksack entrissen, in welchem sich unter anderem sein Smartphone befand. Nach Anmeldung des Schadenfalls teilte ihm der Handy-Versicherer mit, die Entwendung des Smartphone sei nicht versichert, da die Art der Verwahrung nicht dem Gegenstand angemessen gewesen sei. An dieser Position hielt sie auch nach einem Wiedererwägungsgesuch durch den Betroffenen mit der Begründung fest, dass wertvolle Gegenstände auf dem Körper zu tragen seien und das EDA vor Diebstählen im betreffenden Land (Kuba) gewarnt habe.

In der Folge wandte sich der beraubte Versicherte an den Ombudsman. Dieser intervenierte beim Versicherer und machte geltend, dass ihr Versicherter am Strand aus verständlichen Gründen nur mit der Badehose bekleidet war. Aus diesem Grund sei das Handy im Rucksack verstaut worden, womit auch verhindert worden sei, dass es zur Schau gestellt werde. Im Übrigen habe er sich sorgfältig auf die Reise vorbereitet und auch die EDA-Hinweise gelesen. Diese entsprächen jenen für europäische Länder wie Frankreich, Griechenland, Italien etc.

Der Ombudsman machte weiter geltend, dass er sich nicht vorstellen könne, dass das Gerät sicherer verwahrt gewesen wäre, wenn die nur mit einer Badehose bekleidete versicherte Person dieses am Körper getragen hätte. Gerade dann wäre das Mobiltelefon offen sichtbar und damit als Beute prädestiniert gewesen. Nach Auffassung der Ombudsstelle habe die versicherte Person unter den gegebenen Umständen für das Gerät den sichersten Aufbewahrungsort gewählt. Die Verweigerung des Versicherungsschutzes würde bedeuten, dass man ein Mobiltelefon nicht an den Strand mitnehmen dürfte. Einen solchen Vorwurf habe die

Gesellschaft dem Betroffenen aber zu Recht nicht gemacht.

Ergänzend sei in Betracht zu ziehen, dass in diesem Fall der Ort der Aufbewahrung für den Diebstahl kaum kausal war. Da der Beschwerdeführer angefallen und zu Boden gerissen wurde, hätten die Diebe das Handy wohl so oder so erbeutet. Auch die Warnhinweise des EDA führen u.E. in diesem Zusammenhang nicht zu anderen Verhaltenspflichten. Wir sehen deshalb nicht, welche Vorsichtsmassnahmen der Beschwerdeführer zusätzlich hätte ergreifen müssen. In der Folge kam der Versicherer entgegen und bezahlte dem Beschwerdeführer den erlittenen Diebstahlschaden.

Hausrat-Versicherungen – Deckungsprobleme von Airbnb und BnB («Bed and Breakfast») – Beherbergungen bei Fehlen einer Geschäftsversicherung

In der Branche Hausrat hatten wir uns erstmals mit Anfragen von Personen zu befassen, welche als Gastgeber über eine Beherbergungs-Plattform Zimmer (mit oder ohne Frühstücksservice) an Privatpersonen vermieteten. In einem Fall ereignete sich ein Einbruch ins Haus der Beschwerde führenden Person. Dabei entstand Sachschaden an einem Gebäude-Fenster, und es wurde Bargeld im Betrag von CHF 1'800.- und EUR 2'800.- gestohlen. Das Bargeld war gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB bis zum Maximalbetrag von CHF 5'000.- versichert.

Nach Anmeldung des Schadens wurde der Glasschaden am Fenster vom Versicherer vollständig übernommen. Eine Meinungsverschiedenheit entstand jedoch bezüglich der Frage, in welchem Umfang die Bargelder, die massgeblich aus Einkünften durch die BnB-Beherbergung stammten, nicht versichertes Geschäftsvermögen oder Teile des Privatvermögens aus Nebeneinkünften darstellten. Versicherungsschutz für Bargeld besteht über die Hausratversicherung

nur dann, wenn es sich um Privatvermögen handelt. Der Versicherer vertrat den Standpunkt, dass lediglich ein Bargeldschaden von ca. CHF 2'500.- private Gelder betraf. Der Umfang von jährlich ca. 500 Logiernächten mit Bruttoeinnahmen von mehr als CHF 18'000.- stelle keine gelegentliche Beherbergung dar, sondern eine professionelle Tätigkeit. Das gestohlene Bargeld sei daher zu einem grossen Teil als Geschäftsvermögen zu qualifizieren. Damit war die Beschwerde führende Partei nicht einverstanden.

Die Ombudsstelle wurde nach Prüfung zusätzlicher Unterlagen (Steuererklärung etc.) beim Versicherer vorstellig und machte geltend, dass die Versicherungsdeckung nicht davon abhängen, ob die Gelder aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit stammen. Entscheidend sei, ob sie zum Lebensunterhalt oder zur Finanzierung von Geschäftsaktivitäten bestimmt seien. Auf Basis der vorhandenen Unterlagen lasse sich allerdings nicht mit Gewissheit beweisen, welche Gelder effektiv dem Privatvermögen zugeordnet werden müssten und welcher Anteil dem Geschäftsvermögen. Fest stehe jedoch, dass jede Geschäftstätigkeit auch Aufwendungen erfordere, welche laufend zu finanzieren seien, und dass dementsprechend ein Teil der betreffenden Gelder dem Geschäftsbetrieb zuzuordnen sein dürften. Jede Geschäftstätigkeit benötige somit eine Kasse oder ein entsprechendes Konto mit einem realistischen Guthaben. Dies gelte nicht nur für kurzfristige Aufwendungen (Elektrizität, Esswaren, Reinigung etc.), sondern auch für Ausstattungserneuerungen des Mobiliars, Bettwäsche usw. der betreffenden Zimmer.

Der Ombudsman schlug daher einen Vergleich vor, welcher vorsah, dass der Versicherer sich am noch offenen Teilbetrag von CHF 2'000.- zu 50% beteilige und seine Gesamtvergütung für das gestohlene Bargeld auf CHF 3'500.- erhöhe. Der Versicherer war damit einverstanden, verknüpfte sein Akzept jedoch aus verständlichen Gründen an die Bedingung, dass

auch eine nachhaltige Lösung für die Zukunft getroffen werde. Dies indem die Beschwerde führende Partei gleichzeitig die bereits offerierte Geschäftsversicherung abschliesse.

Die Beschwerde führende Partei lehnte dies jedoch ab, so dass keine gütliche Lösung zustande kam.

Empfehlung an Anbieter von privaten Beherbergungen

Aufgrund der Erfahrungen aus diesem Fall kann die Ombudsstelle Anbietern von privaten Beherbergungen nur empfehlen, die Versicherungssituation mit ihrem Hausratversicherer frühzeitig zu klären und nötigenfalls eine separate Geschäftsversicherung abzuschliessen, um Problemen im Schadenfall vorzubeugen. Solche können insbesondere auch bezüglich der Frage entstehen, ob z.B. nach Eintritt eines Wasserschadens die Möbel in Zimmern, die im Rahmen solcher Beherbergungen vermietet werden, als Hausrat gelten oder als bewegliche Gegenstände eines Geschäftsbetriebs.

Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung – Vermehrte Anfragen wegen Kündigung im Schadenfall durch den Versicherer

Im Motorfahrzeug-Haftpflichtbereich hatten wir uns am häufigsten mit Beweisfragen zum Schadenhergang zu befassen, welche für die Beurteilung der Haftungsfrage von Relevanz sind. Vermehrt wurden uns auch Beschwerden gegen den eigenen Versicherer unterbreitet, welche die Kündigung im Schadenfall durch den Versicherer zum Gegenstand hatten. Gemäss Art. 42 VVG können sowohl die Versicherungsgesellschaft als auch der Versicherungsnehmer die Versicherungspolice im gedeckten Schadenfall vorzeitig kündigen. Da die Kündigung im Schadenfall keiner Begründungspflicht unterliegt und bereits im ersten Schadenfall zulässig ist, konnten wir in diesem Fällen lediglich prüfen, ob die Kündigung durch den Versicherer rechtzeitig, d.h.

spätestens bei der Auszahlung des gedeckten Schadenfalls (bzw. des Datums, an welchem er gemäss Mitteilung des Versicherers ausbezahlt worden sein soll,) erfolgt ist. Meistens war dies der Fall, so dass die Ombudsstelle die Kündigungen in rechtlicher Hinsicht nicht kritisieren konnte.

Es handelt sich letztlich um eine Frage der Geschäftspolitik, ob und wann eine private Versicherungs-Gesellschaft eine Kündigung im Schadenfall ausspricht. In die Geschäftspolitik der Versicherungs-Gesellschaften kann sich die Ombudsstelle aufgrund ihrer neutralen Funktion nicht einmischen.

Viele Ratsuchende bekunden Schwierigkeiten nach Erhalt einer Kündigung im Schadenfall, einen neuen Versicherer zu finden

In diesen Fällen mussten wir den Versicherungsnehmern darlegen, dass für Motorfahrzeuge, die in den Verkehr gebracht werden, zwar eine Versicherungspflicht nach Art. 63 SVG besteht. Unabhängig davon besteht aufgrund der geltenden Vertragsfreiheit im Privatversicherungsrecht jedoch grundsätzlich keine Verpflichtung der schweizerischen Versicherungsgesellschaften zum Abschluss eines Motorfahrzeug-Versicherungsvertrags. Es besteht somit kein Vertragszwang der einzelnen Motorfahrzeug-Versicherer. Mit wem ein Motorfahrzeugversicherer einen Vertrag abschliesst, ist wiederum eine geschäftspolitische Frage, mit der sich die neutrale Ombudsstelle nicht befassen kann.

Empfehlung an betroffene Automobilisten

In der Regel empfehlen wir den betroffenen Automobilisten, Offerten bei verschiedenen Versicherern einzuholen (vorzugsweise direkt bei der Agentur und nicht online) und diese nach allfälliger Antragsablehnung anzufragen, ob doch noch die Möglichkeit besteht, einen Vertrag unter angepassten (d.h. erschwerten) Bedingungen abzuschliessen, z.B. mit risikogepasster Prämie oder höherem Selbstbe-

halt. Falls auch dies nicht zum Erfolg führen sollte, empfehlen wir sodann, den bisherigen Versicherer mit den schriftlichen Antragsablehnungen durch Konkurrenz-Versicherer zu dokumentieren und diesen anzufragen, ob nicht die Möglichkeit zur Wiederaufnahme (wiederum unter erschwerten Bedingungen) besteht, ansonsten die erfolgte Kündigung einem Fahrverbot mit dem eigenen Auto gleichkäme. Nach unserem Kenntnisstand ist dieses Vorgehen meistens zielführend.

Via Sicura – Rückgriffspflicht des Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherers gegen den Schadenverursacher bei Fahruntfähigkeit (Sekundenschlaf)

Gelegentlich hatte sich die Ombudsstelle mit Rückgriff-Forderungen des Motorfahrzeug-Versicherers gegen den eigenen Versicherten wegen grobfahrlässiger Schadenherbeiführung zu befassen. In einem Fall wandte sich der Vater eines Schadenverursachers an uns, dessen Sohn in übermüdetem Zustand beim Lenken des Autos des Vaters einen Sekundenschlaf erlitten hatte. Dabei verursachte der Sohn ein Sachschaden von CHF 26'000.-. Der Motorfahrzeugversicherer musste diesen Schaden aufgrund des direkten Forderungsrechts der Geschädigten bezahlen. In der Folge nahm der Versicherer Rückgriff gegen seinen Vertragspartner, den Vater des Schadenverursachers, und stellte diesem 20% des Schadenbetrags in Rechnung.

Der Versicherungsnehmer war damit nicht einverstanden. Er wandte sich an die Ombudsstelle und machte geltend, sein Sohn sei nicht fahruntfähig gewesen. Unabhängig davon sei die Höhe des Rückgriffs ohnehin überrissen. Nach Prüfung des Sachverhalts mussten wir dem Beschwerdeführer zunächst darlegen, dass ein Sekundenschlaf gemäss konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts immer als Führen eines Fahrzeugs in fahruntfähigem Zustand gilt. Bei einem gesunden und nicht aus anderen Gründen fahruntfähigen Fahrzeugführer wird das Einschlaf-

fen am Steuer ohne vorherige subjektive erkennbare Ermüdungserscheinungen ausgeschlossen. Im Weiteren mussten wir dem Beschwerdeführer darlegen, dass eine Rückgriffsquote von 20% im konkreten Fall an der unteren Grenze des Ermessensspielraums des Versicherers liege.

Unabhängig davon hätte der Versicherer gemäss Art. 65 Abs. 3 SVG (Strassenverkehrsgesetz) allerdings zwingend gegen den Schadenverursacher Rückgriff nehmen müssten. Die Ombudsstelle intervenierte deshalb beim Versicherer, worauf dieser seine Regressforderung gegen den Vater zurückzog und sie sachgerecht gegen dessen Sohn erhob. An der Höhe der Regressforderung von CHF 5'200.- hielt der Versicherer fest. Unter Berücksichtigung der finanziellen Situation des jungen Schadenverursachers erklärte sich der Versicherer jedoch bereit, eine monatliche Ratenzahlung von CHF 250.- zur Tilgung der Regressforderung zu akzeptieren.

Haftpflichtversicherungen – Problematische Deckungsablehnungen bei Versicherten, die durch die KESB verbeiständet sind

Verschiedentlich hatten wir uns mit Beschwerdefällen zu befassen, welche sich gegen Leistungsablehnungen des Privathaftpflichtversicherers richteten, weil der bei ihr versicherte Schadenverursacher nicht urteilsfähig sei. Ein Fall betraf einen durch die KESB verbeiständeten Bewohner eines Wohnheims für Menschen mit geistiger Behinderung. Dieser hatte am Parkettboden seines Zimmers einen Schaden verursacht. Nachdem ihm eine Leimtube ausgelaufen war, versuchte er, den inzwischen getrockneten Leim vom Boden abzukratzen, wobei der Zimmerboden zerkratzt wurde. Sein Privathaftpflicht-Versicherer lehnte die Übernahme des entstandenen Schadens gegenüber dem Wohnheim ab. Zur Begründung führte der Versicherer im Wesentlichen aus, mangels Urteilsfähigkeit habe ihr Versicherter durch seine Handlung keine rechtlichen Wirkungen herbeiführen können. Mit anderen Worten hatte er mangels Verschulden für den eingetretenen Schaden nicht.

Nach Prüfung der Beschwerde seines Beistands wurde die Ombudsstelle beim Versicherer vorstellig und machte geltend, dass der Versuch des Versicherten, den Leim vom Boden abzukratzen, klar aufzeige, dass er bezüglich seiner Tat ein Unrechtsbewusstsein hatte, was bezüglich seiner Handlung auf Urteilsfähigkeit schliessen lasse. Unabhängig davon erscheine es als problematisch, wenn ein Versicherer zunächst in Kenntnis einer Beistandschaft eine Privathaftpflicht-Police über den Beistand abschliesse, aber nach Eintritt eines Schadens Urteilsunfähigkeit der versicherten Person geltend mache und jegliche Leistung aus der Police ablehne. Die Ombudsstelle warf daher die Frage auf, weshalb mit einer urteilsunfähigen Person überhaupt eine Police abgeschlossen wird, für welche Prämien einkassiert werden, wenn diese Versicherung im Schadenfall gar nicht zum Tragen kommen soll, und ob der Versicherer den Schaden unter den gegebenen Umständen nicht übernehmen müsste.

Der Versicherer lehnte eine Falschberatung beim Vertragsabschluss ab und wandte ein, dass das Unrechtsbewusstsein des Schädigers noch nicht genüge, um dessen Urteilsfähigkeit zu bejahen. Diese setze auch voraus, dass die Willenskraft besteht, der Einsicht entsprechend zu handeln. Dennoch bestätigte der Versicherer aufgrund der Intervention der Ombudsstelle im Ergebnis, dass eine Schadenersatzpflicht des Schädigers im konkreten Fall nicht gänzlich verneint werden könne. Doch sei bei der Schadenersatzbemessung eine erhebliche Reduktion angezeigt, weil dem Schädiger aufgrund seiner eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nur ein geringes Verschulden vorgeworfen werden könne, aber auch deshalb, weil das Wohnheim im konkreten Fall ein erhebliches Selbstverschulden wegen mangelhafter Kontrolle des Wohnheim-Bewohners treffe. Hinzu komme, dass das Wohnheim das Betriebsrisiko, für welches es unter anderem von der öffentlichen Hand entschädigt worden sei, nicht vollständig auf den Bewohner und dessen Versicherung abwälzen könne. Im Weiteren

legte der Versicherer dar, dass sich sehr wohl Risiken verwirklichen können, für welche die verbeiständete Person haftbar gemacht werden könne, so z.B., wenn eine solche als unaufmerksamer Fussgänger einen Verkehrsunfall verursache.

Analoge Probleme bestehen bei Versicherungsfällen von dementen Heimbewohnern

Ähnliche Situationen entstehen zunehmend bei Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen. Auch hier stellen wir fest, dass vermehrt Schäden mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Person, welche den Schaden verursacht habe, infolge Demenz nicht schuldfähig sei und daher nicht hafte. Der Ombudsman betrachtet es als problematisch, wenn der Versicherer bei Personen, welche Demenzercheinungen haben, automatisch die Urteilsfähigkeit verneint. Dies nicht nur deshalb, weil Demenz nicht in jedem Fall mit Urteilsunfähigkeit in Bezug auf sämtliche Handlungen gleichgesetzt werden kann, sondern auch deshalb, weil in jedem Rechtsstaat bei Erwachsenen immer vom Bestehen der Urteilsfähigkeit auszugehen ist, solange nicht das Gegenteil von einem Facharzt festgestellt worden ist.

Empfehlung an die Versicherer

Damit auch Urteilsunfähige und Hochbetagte mit Demenzercheinungen an einem möglichst guten Versicherungsschutz durch Privathaftpflicht-Policen teilhaben können, schlägt der Ombudsman der Branche vor, Zusatzbausteine in der Privathaftpflichtversicherung zu offerieren, welche die Übernahme von Schäden gegenüber Dritten auch bei fehlender Urteilsunfähigkeit durch die versicherte Person vorsehen, sofern der Beistand oder gesetzliche Vertreter derselben eine Schadenübernahme wünscht.

Krankentaggeld-Branche

In der Branche Krankentaggeld hat die Anzahl der Anfragen und Beschwerden stark zugenommen (von 533 auf 621). Diese Zunahme ist nicht primär darauf zurückzuführen, dass die

Liste der unserer Stiftung angeschlossenen Versicherer um mehrere Taggeld-Versicherer erweitert werden konnte.

Die Hauptgründe für die Zunahme der Fallzahlen sind die seit Jahren ansteigenden Fälle im Zusammenhang mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten, welche häufig mit sehr lang dauernder Arbeitsunfähigkeit verbunden sind.

Massive Prämien erhöhungen für Kollektiv-Taggeldversicherungen von Kleinbetrieben, welche Taggeldleistungen beansprucht hatten

Einige Beschwerden erhielten wir von Kleinbetrieben aufgrund von massiven Prämien erhöhungen (bis ca. 300% der bisherigen Prämie). Bei der Prüfung dieser Fälle stellte die Ombudsstelle fest, dass die Krankentaggeld-Versicherer zusehends Klauseln in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB einfügen, welche eine Prämienanpassung aufgrund des individuellen Schadenverlaufs eines kollektivversicherten Betriebs erlauben. Dieses Vorgehen führt letztlich zu einer Ent-Solidarisierung unter der Gesamtheit der Versichertengemeinschaft der einzelnen Taggeldversicherer und kann insbesondere Kleinbetriebe, welche von einzelnen Krankheitsfällen betroffen sind, sehr stark belasten. Die dadurch betroffenen Betriebe mussten wir verschiedentlich an die Aufsichtsbehörde, die FINMA, weiter verweisen, welche die Prämien in der Krankentaggeldversicherung auf allfällige Missbräuchlichkeit überprüfen kann.

Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern – Die Verantwortung für das Vermeiden von Deckungslücken bei einem Versicherer-Wechsel liegt beim Arbeitgeber und nicht beim Kollektiv-Versicherer

Gelegentlich hat sich die Ombudsstelle mit Fragen bezüglich des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeldversicherern/FZA zu befassen. Das FZA bezweckt die Regelung des

Übertritt einer einzelnen versicherten Person von einer Kollektivkrankentaggeldversicherung in eine andere, oder des Übergangs von Versichertenbeständen in den Kollektivkrankentaggeld-Versicherungen zwischen den Versicherern, die diesem Abkommen beigetreten sind.

Einer dieser Fälle betraf die Inhaberin eines Coiffeur-Salons, welche per 1.06.2016 einen Coiffeurbetrieb übernommen hatte. Der bisherige Kollektivvertrag hatte mit dem Eigentümerwechsel geendet. Die neue Inhaberin stellte daher nach Übernahme des Coiffeurbetriebs bzw. am 2.06.2016 einen Neuantrag bei einem anderen Kollektiv-Taggeldversicherer. Der neue Vertrag kam mit Wirkung per 22.06.2016 zustande.

Problematisch war, dass nach dem Eigentümerwechsel, aber kurz vor dem Zustandekommen des Vertrags eine langjährige Mitarbeiterin des Coiffersalons krankheitsbedingt arbeitsunfähig wurde. Der neue Kollektiv-Taggeldversicherer lehnte die beantragten Krankentaggelder ab, weil die Arbeitsunfähigkeit in der vertragslosen Zeit eingetreten war. Die Beschwerdeführerin war damit nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Sie machte geltend, sie habe eine nahtlose Versicherungsdeckung beantragt, weshalb der Krankheitsfall vom Versicherer zu entschädigen sei.

Bei der Prüfung des Falles stellte die Ombudsstelle fest, dass die Beschwerdeführerin bei der Antragsstellung keine vorläufige Deckungszusage bis zur allfälligen Vertragsannahme erhalten und eine solche auch nicht beantragt hatte. Dennoch wurden wir beim Versicherer vorstellig. Wir machten geltend, dass das Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern unzumutbare Härten für die Versicherten und die Versicherungsnehmer vermeiden soll. Das Abkommen lege in diesem Sinne fest, dass es bei Ablösung eines Kollektiv-Taggeldvertrages auch innerhalb einer vertragslosen Phase von max. 6 Monaten Anwendung finde. Laufende Schadenfälle gingen zudem ab

Datum des Versicherer-Wechsels zulasten des neuen Versicherers.

In der korrekten Annahme, es liege kein Rückfall zu einem durch den Vorversicherer gedeckten Fall vor, machte der neue Versicherer geltend, dass das Bundesgericht (im Entscheid 4A_327/2016) eine Nachhaftung des neuen Versicherers für bereits während der Vorversicherung eingetretene Schäden als zulässig erachtet. Zur Deckung von Schäden, welche während eines vertragslosen Zustandes eintreten, habe sich das Bundesgericht nicht geäußert. Er sei jedoch der Meinung, das Freizügigkeitsabkommen/FZA regle nur die Risikoselektion, nicht aber die Deckung von Versicherungsfällen, die während eines vertragslosen Zustandes eingetreten sind.

Unabhängig davon offerierte die Gesellschaft aufgrund der speziellen Umstände des Einzelfalles, vergleichsweise die Hälfte der zur Diskussion stehenden Taggelder zu übernehmen, und bat die Ombudsstelle gleichzeitig um Stellungnahme zu seinem Standpunkt als Versicherer.

Da es um eine Grundsatzfrage von Relevanz für künftige Fälle ging, nahm der Ombudsman unter Beizug des im Bundesgerichtsurteil zitierten Krankenversicherungsexperten RA Dr. iur. Gebhard Eugster vertiefte Rechtsabklärungen vor. Nach Klärung der sich stellenden Rechtsfragen konnten wir dem involvierten Versicherer gegenüber bestätigen, dass der Zweck des FZA in einem grundsätzlichen Risikoprüfungsverzicht und einem Risikoselektionsverbot sowie der Besitzstandswahrung mittels Nachhaftung der unter dem Vorversicherer eingetretenen Versicherungsfälle besteht. Das Schliessen von Deckungsunterbrüchen bei einem Wechsel des Versicherers ist dagegen nicht Gegenstand des Abkommens. Eine solche Verpflichtung zur Übernahme von Schadenfällen wäre ein Verstoß gegen das Rückwärtsversicherungsverbot gemäss Art. 9 VVG und würde zudem den Zweck des FZA in Frage stellen. Die Pflicht, Deckungslücken zu vermeiden oder möglichst klein zu halten, trifft

letztlich den Arbeitgeber und nicht den Kollektiv-Taggeldversicherer.

Die Beschwerde führende Partei war daher mit dem offerierten Vergleich zufrieden, welcher durch die Vermittlung der Ombudsstelle zustande gekommen war und letztlich eine freiwillige Zahlung des Versicherers zum Gegenstand hatte.

Reiseversicherer – Das Zika-Virus

In der Branche Reiseversicherungen haben sich die uns unterbreiteten Anliegen auf relativ hohem Niveau stabilisiert (von 232 auf 234). Dies entspricht einem drei Mal höheren Niveau, als dies noch im Jahr 2010 der Fall war.

Einige Beschwerden betrafen Leistungsablehnungen für Reiseannullationen, die wegen des Zika-Virus an der Reisedestination vorgenommen worden sind.

In einem dieser Fälle hatte ein Ehepaar im Mai 2016 für die Dauer vom 16.09.2016 – 30.09.2016 eine Floridareise gebucht. Nachdem die Ehefrau zwischenzeitlich schwanger geworden war, annullierte sie die Reise im Hinblick auf die Verbreitung des Zika-Virus im August 2016. Der Reiseversicherer lehnte die Übernahme der Annullierungskosten mit der Begründung ab, die Reise sei präventiv abgesagt worden. Hiefür bestehe kein Versicherungsschutz. Die Schwangerschaft stelle zudem keinen versicherten Annullationsgrund dar. Dafür wäre eine Zusatzversicherung nötig gewesen.

Nach Prüfung des Falles wurde die Ombudsstelle beim Versicherer vorstellig und wies darauf hin, dass die mit einer (präventiven) Annullierung verbundenen Kosten u.a. dann gedeckt sind, wenn sich (nach vorgenommener Reisebuchung) am Bestimmungsort Epidemien ereignen, die das Leben der versicherten Person konkret gefährden, und die Behörden von der Reise abraten. Bezüglich der Frage, ob eine Reise in ein Land wegen Epidemien zumutbar ist oder nicht, sei entsprechend der bewährten

Versicherungspraxis auf die geltenden Empfehlungen der schweizerischen Behörden abzustellen. Im Zeitpunkt, als die Beschwerdeführerin von der Schwangerschaft erfuhr, sei schwangeren Frauen von den Behörden EDA und BAG von Reisen in Zika-Gebiete abgeraten worden. Die entsprechenden Reisewarnungen für Florida bzw. Miami begannen gemäss unseren Internetrecherchen erst anfangs August und damit zur Zeit, als die Reise annulliert wurde. U.E. bestehe daher klarerweise eine Versicherungsdeckung, da der Versicherten nach Eintritt der Schwangerschaft aufgrund der drohenden Gesundheitsgefährdung eine Reise in ein Zika-Gebiet (Karibik) nicht mehr zumutbar war.

Der Reiseversicherer wandte dagegen ein, dass die exakte Reiseroute vor dem Reiseantritt noch nicht festgelegt worden sei. Unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht wäre die Reise seiner Meinung nach zumutbar gewesen wäre, wenn die von der Reisewarnung betroffenen Gebiete gemieden worden wären. Dennoch offerierte der Reiseversicherer, aufgrund der besonderen Umstände aus Kulanzgründen entgegenzukommen und die Hälfte der Annullierungskosten zu übernehmen.

Nach Prüfung der Entschädigungs-offerte mussten wir der Beschwerde führenden Partei mitteilen, dass der Versicherungsnehmer tatsächlich verpflichtet ist, für die Minderung des Schadens zu sorgen. In diesem Sinn könne eine Reise nicht ganz abgesagt werden, wenn diese mit Anpassungen trotz Hindernissen zumutbar ist. Aufgrund der uns vorliegenden Unterlagen waren konkret die Gebiete Wynwood und Miami Beach von der Zika-Warnung betroffen. Der Flughafen liege nicht in diesen Gebieten. Die Reise hätte somit durchgeführt werden können, ohne die speziell gefährdeten Gebiete zu betreten. Zudem sei es möglich, sich bei kurzzeitigen Expositionen durch Kleidung und Mückenabwehrmittel zu schützen. In der Folge akzeptierte das betroffene Ehepaar den offerierten Vergleich.

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Im Berichtsjahr wurden 709 und damit 21% mehr Anfragen als im Vorjahr (559) an die Ombudsstelle gerichtet. 590 (480) Fälle entfielen auf die deutsche, 78 (49) auf die französische und 41 (30) auf die italienische Schweiz. Wie bereits in der Vorperiode stammt mit 83,2% der Grossteil der Fälle aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 16,8%.

620 der insgesamt 709 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 89 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 48 (56,5%) der 85 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 33 (38,8%) Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 4 (4,7%) Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	6	(20)	1	(1)	2	(2)
Vertragsabschluss	8	(10)	0	(0)	1	(0)
Total	14	(30)	1	(1)	3	(2)
B Prämien	9	(6)	0	(0)	0	(0)
Total	9	(6)	0	(0)	0	(0)
C Heilbehandlung	86	(117)	18	(9)	6	(7)
Hilfsmittel	7	(8)	0	(0)	0	(0)
Taggeld	52	(70)	13	(13)	11	(9)
Invaliden-Rente	12	(15)	0	(3)	3	(0)
Integritätsentschädigung	7	(2)	2	(1)	0	(0)
Kausalität	150	(68)	10	(4)	3	(3)
<i>Unfallbegriff (neu erfasst)</i>	70	()	7	()	1	()
Leistungskürzung/-ablehnungen	3	(39)	1	(5)	0	(0)
Regress	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Total	392	(320)	51	(35)	24	(19)
D Unfallverhütung	2	(3)	0	(0)	0	(0)
Allg. Informationen/Verfahren	158	(121)	25	(13)	11	(9)
<i>Anwalt/Fachperson (neu erfasst)</i>	15	()	1	()	3	()
Total	175	(124)	26	(13)	14	(9)
Total	590	(480)	78	(49)	41	(30)

Wert des Vorjahres in Klammer

Die Heilbehandlung gehört gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu den vorübergehenden Leistungen

Im UVG-Bereich waren wir mehrfach mit der Frage konfrontiert, bis zu welchem Zeitpunkt die Versicherung in anerkannten Fällen für die Heilbehandlung, welche zur Erhaltung oder zum Schutz der Erwerbsfähigkeit vor Beeinträchtigung erforderlich ist, aufzukommen hat.

Ein Fall betraf eine Tanzlehrerin, die eine Schulterverletzung erlitten hatte. Obwohl ihr Arzt eine operative Sanierung empfahl, entschied sie sich für eine konservative Behandlung, da sie nicht längere Zeit an ihrer Arbeitsstelle fehlen wollte. Dank einer neuartigen Therapiemethode liess sich die Schulterbeweglichkeit wesentlich verbessern. Infolge der gezielten Übungen nahmen auch die Schmerzen ab, so dass sie ihr gewohntes Arbeitspensum absolvieren konnte.

Die Unfallversicherung kam über ein Jahr lang für die Therapiesitzungen auf, stellte dann aber ihre Leistungen mit der Begründung ein, eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation liesse sich gemäss dem Bericht des behandelnden Arztes voraussichtlich nur durch eine Operation erreichen. Die konservative Behandlung diene hingegen lediglich der Aufrechterhaltung des status quo. Die Tanzlehrerin beanstandete den Entscheid. In ihrer Beschwerde machte sie geltend, man zwingt sie indirekt zu einer Operation.

Wir hatten für die Argumente der Beschwerdeführerin zwar Verständnis, kamen aber zum Schluss, dass die Position der Versicherungsgesellschaft aus rechtlicher Sicht nicht kritisiert werden könne. Die Heilbehandlung gehört gemäss Art. 18 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) zu den vorübergehenden Leistungen, dies anders als etwa die als klassische Dauerleistung geltende Invalidenrente. Nach konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer gestützt auf Art. 19 UVG

die Heilbehandlung grundsätzlich nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Die Kosten für eine Heilbehandlung (lediglich) zur Erhaltung oder zum Schutz der Erwerbsfähigkeit vor Beeinträchtigung sind gemäss Art. 21 UVG nur dann von der Unfallversicherung zu tragen, wenn dem Versicherten eine Rente zugesprochen worden ist. Da die Beschwerdeführerin trotz der Verletzungsfolgen in ihrer beruflichen Tätigkeit nicht eingeschränkt und folglich auch nicht rentenberechtigt war, wurde ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die weitere Heilbehandlung von der Unfallversicherung zu Recht verneint.

Die Beschwerdeführerin hatte sich folglich an ihre Krankenpflegeversicherung zu wenden, welche gemäss Art. 32 KVG für die Kosten für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlung aufzukommen hat, dies unter Vorbehalt der vereinbarten Franchise und des gesetzlichen Selbstbehalts.

In einem anderen Fall stellte sich die Frage, ob dem rentenberechtigten Beschwerdeführer die Kosten für die Heilbehandlung auch nach Erreichen des ordentlichen AHV-Pensionsalters zu erstatten seien. Wir mussten dem Beschwerdeführer mitteilen, dass mit Wegfall der Erwerbstätigkeit eine der Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 21 UVG fehle. Folglich sei die Unfallversicherung ab diesem Zeitpunkt zur Leistungseinstellung berechtigt. Unter Hinweis auf Art. 32 KVG verwiesen wir ihn an seine Krankenpflegeversicherung.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Die Anzahl der Anfragen zur beruflichen Vorsorge nahmen im Vorjahresvergleich leicht zu. Im Berichtsjahr wandten sich 96 (74) Personen an die Ombudsstelle, welche ein Anliegen mit einer BVG-Sammelstiftung bei einem schweizerischen

Lebensversicherer hatten. Hinzu kamen 37 (49) Anfragen zu autonomen Pensionskassen, welche mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden konnten.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	7	(2)	0	(0)	0	(0)
Deckungsumfang	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	3	(1)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	3	(0)	1	(0)	0	(0)
Reglement	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	4	(8)	2	(1)	1	(0)
Freizügigkeit	7	(11)	0	(0)	0	(1)
Vorbezug	4	(3)	0	(1)	0	(0)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	6	(3)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	3	(5)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	19	(10)	3	(4)	0	(2)
Allgemeine Informationen	13	(6)	1	(2)	1	(0)
Verjährung	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	2	(0)	1	(0)	0	(0)
Scheidung	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Koordinierter Lohn	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	4	(2)	1	(0)	0	(0)
Anwalt	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Total	85	(63)	9	(8)	2	(3)

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 11 Fälle. Von den 10 abgeschlossenen Interventions-Fällen führten 5 (50%) Interventionen für die versicherte Person zu einem positiven Ergebnis, 3 (30%) waren negativ und 2 (20%) neutral.

Hohe Streitwerte bei Rentenforderungen

In einem dieser Fälle liess sich ein BVG-Versicherter (Jahrgang 1927) im Jahr 1992 beim Erreichen des Rentenalters sein Kapital auszahlen, und investierte dieses in eine Leibrenten-Versicherung. Nachdem er im Jahr 2015 im Alter von 88 Jahren gestorben war, verlangte seine 31 Jahre jüngere Ehefrau vom Versicherer eine Witwenrente. Diese wurde vom Versicherer mit dem Hinweis abgelehnt, die seit dem Jahr 1980 bestehende Ehe sei ihm nie gemeldet worden. Dies habe Auswirkungen auf den angewandten Tarif und dementsprechend auch auf das Deckungskapital gehabt, welches aufgrund des grossen Altersunterschieds zwischen den Ehepartnern nicht ausreiche, um der Witwe eine Rente zu gewähren. Nach Einschaltung der Ombudsstelle wurden wir beim Versicherer

mit dem Hinweis vorstellig, bezüglich der Notifikation der Ehefrau bestehe Aussage gegen Aussage, und beantragten eine vertiefte Prüfung des mehr als zwanzig Jahre zurückliegenden Sachverhalts. Aufgrund unserer Intervention konnte erreicht werden, dass der Beschwerdeführerin eine Rente von jährlich ca. CHF 23'000.- zugesprochen wurde. Unter Berücksichtigung der Lebenserwartung von Frauen im Alter 58 von noch gut 30 Jahren entspricht dies einem Entgegenkommen bezüglich künftiger Leistungen im Betrag von ca. CHF 700'000.-.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle der italienischen Schweiz

Im Berichtsjahr erfuhr die Gesamtzahl der Versicherungsfälle, die der Zweigstelle der italienischen Schweiz unterbreitet wurden, ein deutliches Wachstum von 25,5% (von 298 auf 374). Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen sogar um 30,9% angestiegen. Das sind die höchsten Fallzahlen von Avv. Caimi seit Aufnahme seiner Tätigkeit am 1. Januar 1999 als Repräsentant unserer Stiftung für die italienischsprachige Schweiz.

Damit hat die vermehrte Öffentlichkeitsarbeit in der italienischen Schweiz ihren Niederschlag in einer signifikanten Steigerung der Anfragen gefunden. Dieser Anstieg ist indes nicht nur der Teilnahme an Fernseh- und Radiosendungen zuzuschreiben. Das Bewusstsein der Versicherten, dass das Versicherungsumfeld immer komplizierter wird, und der Wunsch, sich besser zurechtzufinden, äussert sich in einem stetig wachsenden Beratungsbedarf derselben.

Im Zuständigkeitsbereich ist die Anzahl der bearbeiteten Fälle der Privatversicherung (VVG) von 203 auf 266 und im UVG-Bereich von 30 auf 41 angestiegen. Der BVG-Bereich mit 2 Anfragen ist fast gleich gross wie im Vorjahr (3) geblieben. Die eingegangenen Gesuche, für welche Avv. Caimi nicht zuständig war, ist mit 65 im Vorjahresvergleich (62) konstant geblieben ist.

Die Anzahl der Interventionen ist im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Sie betrafen hauptsächlich die Haftpflichtversicherungs-Branchen (Autohaftpflicht und allgemeine Haftpflicht) und endeten in 2/3 der Fälle mit einem positiven Ergebnis für die Beschwerde führende Partei.

Spitzenreiter im Zuständigkeitsbereich waren nach wie vor die Anliegen aus den Branchen Haftpflichtversicherung (Autohaftpflicht und allgemeine Haftpflicht) mit insgesamt 67 Fällen, und aus den Branchen Krankentaggeld- und private Unfallversicherung mit 56. An dritter

Stelle standen 40 Anfragen zu Rechtsschutzversicherungen. Die Branchen Gebäudeversicherung und die Hausratversicherung gaben Anlass zu insgesamt 31 Beschwerden.

In allen Bereichen und Branchen standen aus Sicht der Beschwerde führenden unbefriedigende Leistungsangebote im Vordergrund (136 Anfragen gegenüber 85 im Jahr 2015), gefolgt von Fragen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und -Kündigung (39).

Strengere Auslegung der Vertragsbedingungen durch die Rechtsschutz-Versicherer

Auffallend angestiegen um ca. 363% sind die Beschwerden aus der Rechtsschutz-Versicherung (von 11 auf 40). Diese Meinungsverschiedenheiten waren hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Rechtsschutzversicherer die Vertragsbedingungen und die vertraglichen Ausschlussgründe zusehends strenger als früher auslegten. Weiter konnte Avv. Caimi eine Tendenz bei den Rechtsschutz-Versicherern feststellen, die Entschädigungen für Anwaltskosten immer tiefer festzulegen. Dies gilt sowohl in Bezug auf den anerkannten Stunden- bzw. Honoraransatz als auch auf die Gesamtentschädigung.

Grosser Informationsbedarf bei den Versicherten zum Abschluss und zur Kündigung von Versicherungspolicen

Obwohl fast jede erwachsene Person in ihrem Leben mehrmals Versicherungspolicen abschliesst, stellte Avv. Caimi fest, dass viele Leute wenig Kenntnis vom Zustandekommen des Versicherungsvertrags und dessen Kündigung haben. Dass dies sogar bei einzelnen Versicherungsvermittlern der Fall war, erstaunte Avv. Caimi indessen sehr. Die meisten Personen, die sich bezüglich dieser Themen an Avv. Caimi wandten, wussten nicht, dass die Zustellung eines Antragsformulars durch den Versicherer letztlich eine Offerte zur Antragsstellung darstellte, d.h. dass der Versicherungsvertrag mit der Unterzeichnung des Antragsformulars noch nicht

zustande gekommen war. Der vom Antragssteller unterzeichnete Antrag muss noch vom Versicherer (Underwriting oder Direktion) genehmigt werden. Avv. Caimi weist darauf hin, dass dementsprechend auch der Versicherungsantrag einer Offerte entspricht, die noch akzeptiert werden muss.

Manche Personen glaubten, in den ersten 10 Tagen nach der Unterzeichnung des Antrages nicht gebunden zu sein, und dass sie den Antrag einseitig widerrufen konnten; andere wussten – umgekehrt – nicht, dass der Antragsteller mit unbenütztem Ablauf der 14-tägigen Bindungsfrist (bzw. vierwöchigen Bindungsfrist, falls eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist) seitens des Versicherers von Gesetzes wegen frei wird. Die Bindungsfrist für den Antragsteller stellt somit gleichzeitig eine Annahmefrist für den Versicherer dar, so dass eine verspätete Annahme durch den Versicherer lediglich die Wirkung einer neuen Offerte durch den Versicherer hat.

Ein paar wenige Beschwerdeführer wussten zudem nicht, dass sowohl die Zustellung der Police als auch die Zustellung der Prämienrechnung einer stillschweigenden Vertragsannahme durch den Versicherer entspricht, sofern deren Inhalt dem gestellten Antrag übereinstimmt.

Verschiedene Anfragen betrafen zudem Leute, die der Meinung waren, den Versicherungsvertrag unabhängig von der vereinbarten Dauer kündigen zu können, sei es per Ende eines Versicherungsjahres oder sogar jederzeit mit einer drei monatigen Kündigungsfrist.

Privathaftpflicht-Versicherung – Einige Anfragen zur Deckung von Schäden beim Lenken von fremden Motorfahrzeugen

Anlass für einige Anfragen waren unterschiedliche Deckungsvarianten bei Privathaftpflichtversicherungen. Immer wieder aktuell ist das Thema des «Fahrens mit einem fremden Motorfahrzeug», insbesondere die Auslegung der Voraussetzung

«der gelegentlichen Benützung», die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB der Privathaftpflichtpolice je nach Versicherungsgesellschaft sehr unterschiedlich umschrieben ist. So hängt es beispielsweise vom Inhalt der AVB ab, ob es sich beim Fahrzeug eines Lebensgefährten oder einer Person, mit welcher der Versicherte in Hausgemeinschaft lebt, um ein fremdes Auto handelt oder nicht.

Diebstahl-Versicherung – Es lohnt sich zu prüfen, ob man für den Diebstahl «auswärts» eine angemessene Deckung besitzt

In ein paar Fällen mussten sich die Beschwerdeführer damit abfinden, dass sie keine angemessene Versicherungssumme für den «einfachen Diebstahl auswärts» in ihrer Hausrat-Versicherung vorgesehen hatten. Dies obschon sich viele Diebstahlschäden eben auswärts ereignen (Diebstahl von Fahrrädern) oder unterwegs (Diebstahl aus dem parkierten Motorfahrzeug, Trickdiebstähle im Zug etc.), die auch teuer zu stehen kommen können, wenn es sich zum z.B. um Fahrräder oder um ein Snowboard, Skiausrüstungen und Fotokameras handelt.

UVG-Bereich – Selbständigerwerbende haben keinen Versicherungsschutz durch die obligatorische UVG-Versicherung – Möglichkeit zum Abschluss einer freiwilligen UVG-Versicherung

Im UVG-Bereich hatte Avv. Caimi im Berichtsjahr 2016 insgesamt 41 Fälle zu bearbeiten, was im Vorjahresvergleich einer Zunahme der Fallzahlen um 36,6% entspricht. Die meisten Beschwerden (17) standen im Zusammenhang mit den Taggelderleistungen und der Heilbehandlung. 10 Anfragen betrafen allgemeine Informationen; dabei erkundigten sich die Versicherten zum Beispiel, wie die Heilungskosten und andere Unfallfolgen versichert sind, wenn sie nebst ihrer Tätigkeit als Angestellte zusätzlich auch noch selbständig erwerbstätig sind. Die meisten unterschätzten die Tatsache, dass die Tätigkeit als Selbständigerwerbende durch die

obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers nicht gedeckt ist, auch wenn diese Unfälle in der Freizeit (Nichtberufsunfälle) deckt, und dass sie entweder eine freiwillige UVG-Versicherung oder – wenn deren Voraussetzungen nicht erfüllt sind – eine private individuelle Unfallversicherung abschliessen sollten. Damit können die Risiken einer Invalidität oder Zusatzleistungen zur Krankenkassen- Grunddeckung versichert werden.

Unfall-Spätfolgen – Kein UVG-Schutz für Spätfolgen von Kinderunfällen

Einzelne Anfragen betrafen auch Spätfolgen von Unfällen. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische Veränderungen bewirkt, die zu einem oft völlig anders gearteten Krankheitsbild führt.

Verschiedenen Versicherten mussten wir darlegen, dass die UVG-Versicherung für die geltend gemachten Spätfolgen von Unfällen nur dann aufkommen muss, wenn diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall zurückzuführen sind, der während der Versicherungsdauer beim betreffenden UVG-Versicherer eingetreten ist. Probleme stellen sich diesbezüglich unter anderem für erwerbstätige junge Erwachsene, die als Kind einen Unfall erlitten hatten, der zu Spätfolgen führte. Wenn z.B. eine 24 jährige Person als Schüler im Alter 12 eine unfallbedingte Knieverletzung erlitten hat, die zu einer Arthrose führte, welche im Erwachsenenalter eine Operation erfordert, besteht keine Unfalldeckung über die UVG-Versicherung des heutigen Arbeitgebers.

Medienarbeit von Avv. Caimi

Wie bereits in früheren Jahren erhielt Avv. Caimi regelmässig Einladungen von Medien. Im Berichtsjahr hatte er dadurch zweimal die Gelegenheit, an der Fernsehsendung «Patti Chiari» von RSI LA1 teilzunehmen: am 19.02.2016 unter dem Titel «Sull'orlo del baratro (la Casa in bilico)» und am 6.05.2016 unter dem Titel «Assicurati, ma non rimborsati». Am 24.03.2016 wurde er weiter bei der Fernsehsendung «Falò» eingeladen, die einen Beitrag zum Thema «Assicurazioni/caccia ai truffatori» ausstrahlte. Am 17.05.2016 nahm er auch an der Radiosendung «La consulenza» von RSI Rete1 zum Thema «Assicurazioni private, tra polizze, clausole e inevitabili reclami» teil. Solche Aktivitäten wie auch die erfolgte Berichterstattung in Print- und Onlinemedien tragen zur Erweiterung des Bekanntheitsgrades der Ombudsstelle bei. Sie wurden vom Publikum sehr geschätzt und von den Gesellschaften positiv beurteilt.

Die Zweigstelle der französischen Schweiz

Nachdem Me Olivier Subilia im Vorjahr noch über eine generelle Tendenz zu sinkenden Fallzahlen berichtet hatte, verzeichnete er im Berichtsjahr 2016 in der französischsprachigen Schweiz einen grossen Anstieg der Fallzahlen auf von 404 auf 492 Anliegen und Beschwerden. Dies entspricht einer Zunahme von 21,7%. Im Zuständigkeitsbereich stiegen die Fallzahlen sogar um 27,2% an (von 320 auf 407 Anfragen).

Die Anzahl der Anfragen im Privatversicherungsbereich ist von 263 auf 320 gestiegen (21,7%). Im UVG-Bereich konnte ein Zuwachs der Anfragen von 49 auf 78 verzeichnet werden, was einem Anstieg von fast 60% entspricht. Im BVG wurden lediglich 9 Anfragen verzeichnet, was im Vorjahresvergleich einer Zunahme um einen Fall (8) entspricht.

Die Anzahl der Interventionen zu Beschwerden aus der französischsprachigen Schweiz hat sich bei gleichbleibender Interventionspolitik von 28 auf 50 erhöht.

UVG-Bereich – Starke Zunahme dieser häufig komplexen Beschwerdefälle in der Westschweiz

Me Subilia stellte bei einer vertieften Analyse der Fallzahlen fest, dass insbesondere im UVG-Bereich die Anzahl der Fälle gestiegen ist, in denen eine Vermittlung möglich war. Im Berichtsjahr gab es im UVG-Bereich 13 Interventionsfälle (5) von Beschwerde führenden aus der französischsprachigen Schweiz. Davon konnten 12 (2) vor Jahresende abgeschlossen werden. Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung kann die Ombudsstelle nicht mehr intervenieren, wenn der UVG-Versicherer bereits eine Verfügung erlassen hat und unsere Zuständigkeit deshalb nicht mehr gegeben ist. Weil dies in den Beschwerdefällen, mit denen sich Me Subilia im Berichtsjahr zu befassen hatte, aber nie der Fall war, führte dies zu einer deutlichen Erhöhung der Interventionsquote im UVG-Bereich.

Bei den Anfragen im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung handelte es sich um die komplexesten, welche Me Subilia im Berichtsjahr zu bearbeiten hatte. In zwei Dossiers von Personen, die in Frankreich wohnten, musste beispielsweise nicht nur die Koordination der Leistungen verschiedener schweizerischer Sozialversicherer beachtet werden. Hier galt es bei der Prüfung des Vorgehens zudem auch das ausländische Sozialversicherungssystem zu berücksichtigen. In solchen Fällen ist es von besonderem Vorteil, dass die Ombudsstelle informell beim Versicherer intervenieren kann, um rasch eine Antwort zu erhalten und allenfalls eine gütliche Lösung zu finden. Dies im Gegensatz zum formellen Rechtsweg, wo dies bei Sachverhalten, welche unterschiedliche Rechtssysteme (Schweiz und Frankreich) tangieren, viel komplizierter ist.

Krankentaggeld-Versicherung

Den wichtigsten Schwerpunkt der Tätigkeit von Me Subilia stellten insgesamt 102 Anfragen (59) und Beschwerden in der Branche Krankentaggeld-Versicherung dar. 72 dieser Fälle betrafen Beschwerden von Versicherten bezüglich des Umfangs von Versicherungsleistungen.

Die Tatsache, dass in relativ kurzer Zeit verschiedene Kranken-Versicherer unserer Stiftung neu angeschlossen worden sind, erklärt zu einem Teil die Erhöhung der Fallzahlen betreffend Krankentaggeld-Versicherungen. Erfolgsaussichten für eine Intervention bestanden gemäss Me Subilia nach vertiefter Prüfung der Unterlagen allerdings nur in sechs Beschwerdefällen gegen Krankentaggeld-Versicherer.

Reiseversicherungen

In der Branche Reiseversicherungen wurden Me Subilia zwar nur 30 Anfragen und Beschwerden aus der Westschweiz unterbreitet. Die betreffenden Fälle waren jedoch besonders komplex. Einer dieser Fälle betraf eine versicherte Person, die kurz vor Beginn der gebuchten Reise einen Unfall erlitt. Nach Eintritt des Unfalls teilte ihr Arzt ihr mit, dass die Durchführung der

geplanten Reise nicht in Frage gestellt sei. Unglücklicherweise verschlechterte sich jedoch der Gesundheitszustand, so dass die Reise doch noch annulliert werden musste. Der Reiseversicherer anerkannte in der Folge zwar die Versicherungsdeckung für die geltend gemachten Annullationskosten. Sie nahm jedoch mit der Begründung, die Annullationskosten seien verspätet vorgenommen worden, was zu höheren Annullationskosten geführt habe, eine entsprechende Leistungskürzung vor.

Die Ombudsstelle hatte sich daher mit der Frage zu befassen, ob sich die versicherte Person an die Empfehlungen ihres Arztes halten durfte, oder ob sie die Reise aufgrund ihrer Schadenminderungspflicht unverzüglich hätte annullieren müssen. Im konkreten Fall legten wir dem Versicherer die Auffassung der Ombudsstelle dar, dass sich die versicherte Person korrekt verhalten habe, worauf der Versicherer Abstand von der vorgenommenen Leistungskürzung nahm und den noch offenen Annullationskosten-Anteil bezahlte.

Der höchste Betrag, der in einem anderen schwierigen Reiseversicherungs-Fall aus der Westschweiz (nach längeren Verhandlungen) zum vollständigen Entgegenkommen des Reiseversicherers führte, betrug CHF 10'000.-.

Allzu hohe Erwartungshaltung von einzelnen Versicherten an die Ombudsstelle

Die bereits im Vorjahr erwähnte Tendenz bei Versicherten, von der Ombudsstelle trotz ihrer neutralen Funktion eine anwaltliche Beratung zu erwarten, hat weiter zugenommen. Me Subilia und seine Mitarbeitenden wurden mehrfach mit einer allzu hohen Anspruchshaltung von teils sehr aggressiven Versicherten konfrontiert. Als Beispiel sei eine versicherte Person genannt, welche damit drohte, unverzüglich die Polizei einzuschalten, wenn sie nicht innert Minuten einen Rückruf erhalte. Andere Beschwerde führende wurden gegenüber der Ombudsstelle

beleidigend, nachdem ihnen erklärt werden musste, dass wir für ihren Fall mangels Streitigkeit mit einem Versicherer nicht zuständig seien, und sie an eine für ihr Anliegen zuständige Stelle weiter verwiesen wurden. Der extremste dieser Fälle betraf eine Versicherte, die einen Versicherungsbetrug vorgenommen hatte. Als Me Subilia ihr darlegen musste, dass ihre Position nicht nur unfundiert, sondern auch unehrlich sei, drohte sie mit dem Gang zur Presse, falls er nicht tue, was sie von ihm wolle. Me Subilia ging davon aus, dass der besagten Person nicht bewusst war, dass ihr entsprechendes Verhalten strafrechtliche Konsequenzen haben könnte. Unabhängig davon konnte er aufgrund seiner weiteren Erklärungen zum Fall eine weitere Eskalation des Konflikts vermeiden.

Me Subilia möchte es jedoch nicht versäumen, auch die grosse Anzahl von zufriedenen Versicherten zu erwähnen, denen häufig weitergeholfen werden konnte, und für die mittels Intervention beim Versicherer eine Verbesserung der bestehenden Situation erreicht wurde.

Festgestellte Tendenz zu einer Zunahme von Vertragsänderungen während der vorab vereinbarten Dauer von langfristig abgeschlossenen Versicherungsverträgen

Me Subilia stellte bei den ihm zur Prüfung unterbreiteten langfristigen Versicherungsverträgen eine Tendenz fest, wonach die Versicherer während der im Voraus vereinbarten festen Vertragsdauer häufiger, als dies in früheren Jahren der Fall war, den Vertrag einseitig anpassten. Im Sinne eines Beispiels seien ein paar Beschwerden von betagten Personen erwähnt, die unzufrieden waren, dass ihre Versicherungsprämie erhöht wurde. Sie hätten eigentlich erwartet, dass der ursprüngliche Prämientarif während der vereinbarten Mindestdauer des Vertrags gleich bleibe. In solchen Fällen musste Me Subilia sämtlichen Beschwerde führenden nach Prüfung der jeweiligen Akten mitteilen, dass der Prämientarif im Versicherungsvertrag nicht garantiert

worden sei, und dass dieser eine rechtlich zulässige Prämienanpassungsklausel beinhalte. Falls die FINMA aufgrund von Beschwerden von Versicherten nicht zum Schluss komme, die Prämienhöhung sei missbräuchlich, bleibe ihnen nur die Option, den Vertrag deswegen zu kündigen, wenn sie die höhere Prämie nicht bezahlen wollen.

Für die betroffenen Versicherten war es meistens schwierig, sich damit abzufinden. Sie waren der Auffassung, dass sie sich wie in früheren Zeiten darauf verlassen können sollten, dass der vereinbarte Tarif nicht abgeändert werde. Einzelne Versicherte waren zudem der Auffassung, dass auch die Versicherer ein Unternehmerrisiko haben, das selber zu tragen sei und nicht durch Prämienhöhungen auf die Versicherungsnehmer abgewälzt werden könne.

Dieses Beispiel zeigt, wie stark einseitige Vertragsanpassungen durch den Versicherer das Vertrauen der Versicherten in ihr Versicherungsprodukt und damit auch in die Versicherungswirtschaft beeinflussen können.

Weitere Aktivitäten

Im Januar 2016 hatte unsere Stiftung Gelegenheit, gegenüber der WAK-Kommission des Ständerats Stellung zur Botschaft des Bundesrats zum Finanzdienstleistungsgesetz/FIDLEG zu nehmen und darzulegen, weshalb eine Unterstellung der Versicherungs-Ombudsstelle unter das FIDLEG weder erforderlich noch angezeigt ist. Gelegenheit dazu hatte der Ombudsman auch anlässlich eines Parlamentariertreffens Anfang Dezember 2016 in Bern.

Im Weiteren konnte der Ombudsman einige Medienkontakte pflegen. Diese Medienkontakte dienen nicht nur der Information über unsere Tätigkeit, sondern erleichtern auch den Zugang der Ratsuchenden zu unserer neutralen und kostenlosen Dienstleistung.

Nebst einigen Kontakten mit anderen Ombudsmännern, welche der Koordination von Beschwerdefällen dienen, nahm der Ombudsman an einem Meinungsaustausch mit der FINMA teil, welcher Fragen zur Krankenzusatz-Versicherung betraf.

Im Rahmen seiner internationalen Kontakte nahm er als Beobachter an zwei FIN-NET Meetings der Europäischen Union in Brüssel und in Berlin teil. An einer Experten-Runde in Linz, welche die Arbeiterkammer für Oberösterreich organisierte, hielt der Ombudsman zudem ein Referat über unsere Tätigkeit sowie häufig auftretende Probleme von Versicherten mit Versicherungsgesellschaften in der Schweiz. Der stellvertretende Rechtsdienstleiter, Herr Urs Bucher, nahm zudem in Vertretung des Ombudsman an der jährlichen Konferenz des «International Network of Financial Services Ombudsman Schemes» teil, welche im Berichtsjahr in Armenien stattfand.

Als besonders wertvoll und wichtig erachtet der Ombudsman auch seine direkten Kontakte mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungsgesellschaften und seine Treffen und Jahresgespräche mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den einzelnen Versicherungsgesellschaften. Diese finden über das ganze Jahr verteilt statt und dienen der Klärung von grundsätzlichen Fragen und der Besprechung von Schwerpunktthemen.

Mutationen im Stiftungsrat

Im Berichtsjahr trat Frau Alt-Nationalrätin Gabi Huber nach 10-jähriger Amtszeit per Ende 2016 aus dem Stiftungsrat zurück. Frau Gabi Huber hat die Entwicklung der Stiftung «Ombudsman der Privatversicherung und der Suva» nachhaltig mitgeprägt und sich aktiv für die Belange der Ombudsstelle und deren Unabhängigkeit eingesetzt. Es gebührt ihr unser aufrichtiger Dank für ihre wertvolle Tätigkeit. Für ihre Zukunft begleiten sie unsere besten Wünsche.

Als Nachfolgerin von Frau Gabi Huber wählte der Stiftungsrat im Dezember 2016 Frau Nationalrätin Daniela Schneeberger per 1.01.2017 neu in den Stiftungsrat.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident



Rolf Schweiger

Der Ombudsman

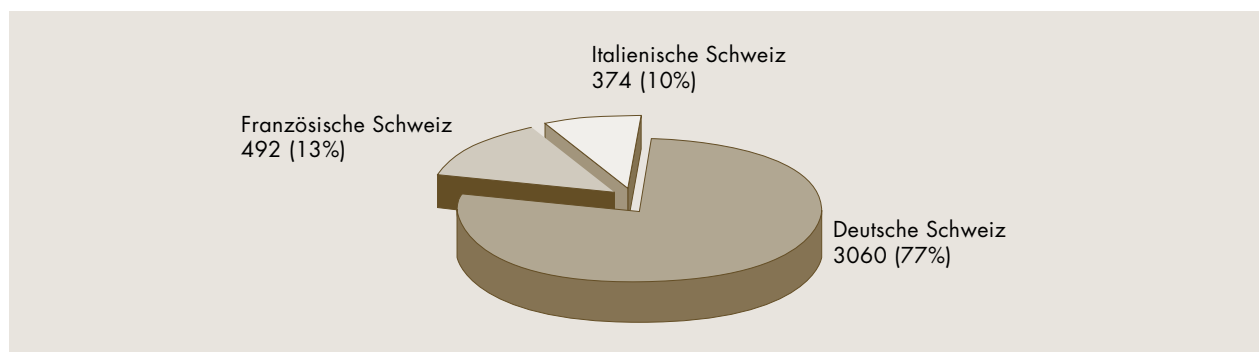


Martin Lorenzon

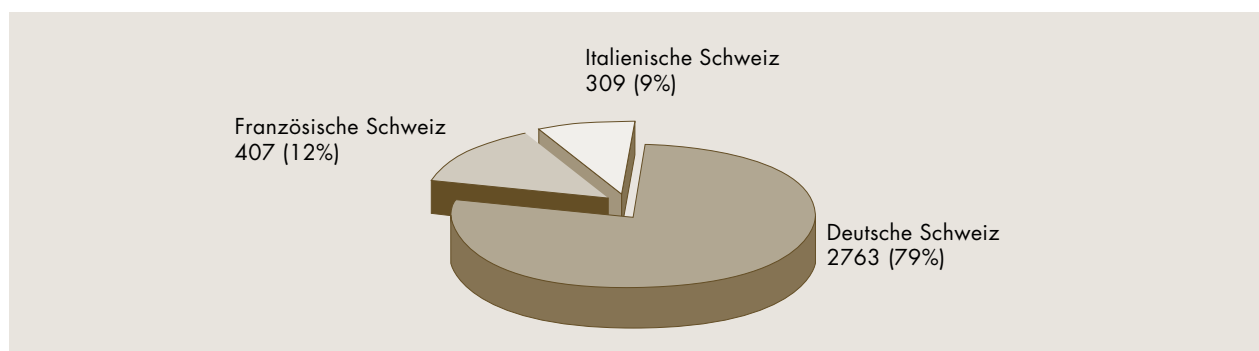
Zürich, März 2017

Statistiken 2016

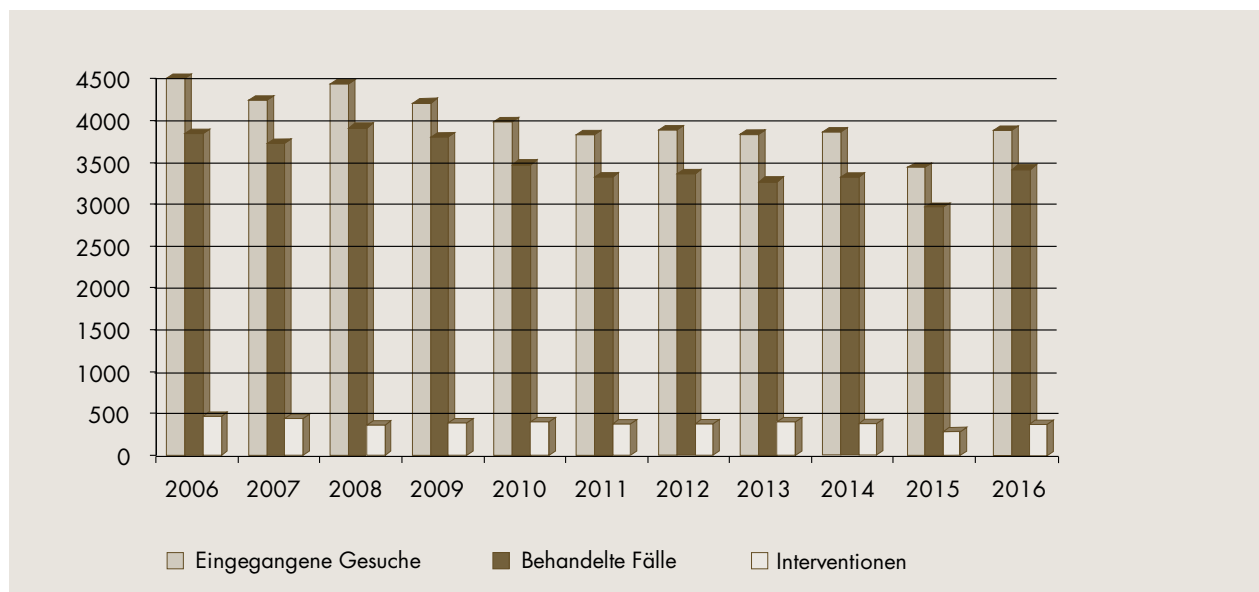
Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2006 bis 2016



Angeschlossene Versicherungsgesellschaften von A bis Z

(Stand März 2017)

ACE Versicherungen (Schweiz) AG (jetzt
Chubb Versicherungen (Schweiz) AG)
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
Animalia
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista Rechtsschutz AG (vormals Assista TCS AG)
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)
AXA Partners (vormals Genworth Financial)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
Branchen Versicherung Schweiz
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb Insurance Company of Europe SE,
London, ZN Zürich
Chubb Versicherungen (Schweiz) AG (ehemals ACE)
Cigna
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungen AG (ausser Krankenkasse und
Krankentaggeld)
DAS Rechtsschutz
Dextra Rechtsschutz AG
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
Gan
Generali Allgemeine
Generali Personen
Genworth Financial (jetzt AXA Partners)
Groupe Mutuel Leben GMV AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (ausser
Krankenkasse)
HDI Global SE (vormals HDI Gerling)
Helsana Unfall AG
Helsana Rechtsschutz
Helvetia (inkl. Ex-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)
Helvetia Leben
Hotela (nur UVG inkl. UVG-Zusatzversicherung und
Einzel-Unfallversicherung sowie Krankentaggeldversicherung)
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Lloyd's, London, ZN Zürich
Mannheimer
Militärversicherung SuvaCare
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Nationale Suisse Versicherungen (jetzt Helvetia)
Nationale Suisse Leben (jetzt Helvetia Lebensversicherung)
Orion
Palladio Versicherungen AG
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebens-
versicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser
Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Skandia Vie SA
smile.direct versicherungen (vormals Coop)
Suva (inkl. Militärversicherung)
SWICA (ausser Krankenkasse)
Swiss Life
Sympany
TCS Versicherungen AG (ausser TCS)
TSM
UBS Life AG (jetzt Skandia)
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 Company SE
XL Insurance Switzerland
Zenith Leben
Zürich
Zürich Leben

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
Postfach
8024 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