

Die Versicherer der Kapitallebensversicherungen stehen den gesetzlichen Krankenkassen in puncto Kriminalität in nichts nach

„So wie der Acker wird verdorben durch Unkraut,
wird der Mensch verdorben durch seine Gier“

Buddha

„Doch manchen stürzte schon
die Hoffnung auf Gewinn in sein Verderben“

Sophokles

„Kein Wissen scheint schwerer zu erwerben als die Erkenntnis, wann man aufhören muß“

Jonathan Swift

Der „**Versicherungsbetrug**“ ist ein gängiger Begriff

***Versicherungsbetrug** sind alle Handlungen, mit denen [Versicherungsnehmer](#) oder Dritte von einem [Versicherungsunternehmen](#) in [betrügerischer Absicht](#) Versicherungsleistungen beanspruchen. Dies entspricht dem allgemeinen [Tatbestand](#) des [Betruges](#) nach [§ 263 StGB](#). (<https://de.wikipedia.org/wiki/Versicherungsbetrug>)*

Es fehlt der Begriff des „**Versicherer-Betrugs**“

***Versicherer-Betrug** sind alle Handlungen, mit denen Versicherungsgeber bzw. [Versicherungsunternehmen](#) in [betrügerischer Absicht](#) bewusst unwahre Behauptungen über Versicherungsverträge mit einem [Versicherungsnehmer](#) oder über Versicherungsleistungen an einen [Versicherungsnehmer](#) verbreiten, um dem [Versicherungsnehmer](#) damit durch Dritte finanziellen Schaden zufügen zu lassen. Dies entspricht dem allgemeinen [Tatbestand](#) des [Betruges](#) nach [§ 263 StGB](#) i.V.m. Verletzung von Privatgeheimnissen nach [§ 203 StGB](#).*

Arnd Rüter

Zusammenfassung

Die Verträge der Kapitallebensversicherer (verschleiern „Versicherungsscheine“ genannt) sind extrem mangelhafte Drei-Parteien-Verträge zwischen Versicherer, Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Versichertem). Daran haben die dem Finanzministerium rechtlich und fachlich unterstellten staatlichen Aufsichtsbehörden absolut nichts geändert.

Die Versicherungen der Arbeitnehmer / Versicherten waren bzw. sind an die Direktversicherungen der Arbeitgeber (mit dem Versicherer) gekoppelte private Kapitallebensversicherungen, also weder Direktversicherungen noch betriebliche Altersversorgung nach BetrAVG. Die am Ende der Versicherungslaufzeit fälligen Kapitalsparerelöse waren und sind privates Eigentum der Arbeitnehmer / Versicherten.

Der Aufforderung der Lobbyisten der gesetzlichen Krankenversicherungen in 2003 an die Versicherer zur Mitwirkung am staatlich organisierten Betrug erfolgte zu einem Zeitpunkt als das GMG noch nicht einmal rechtskräftig war.

Alle Lebensversicherer haben seit 01.01.2004 bis heute am staatlich organisierten Betrug mitgewirkt und melden gesetzeswidrig und vorsätzlich - als würden sie nicht verstehen, welche Art von Versicherungsgeschäft sie betreiben - bei Versicherungsende die Auszahlung von Versorgungsbezügen / Betriebsrenten an die gesetzlichen Krankenkassen der Versicherten.

Über die Motive der rechtlich verantwortlichen Vorstandsmitglieder müssen wir, wenn auch sehr plausibel, Vermutungen anstellen. In den Jahren 2001 bis 2004 hatten extrem viele dieser Versicherungen einen Verlust von ca. 1/3 des Auszahlungswertes. Es kann darüber nachgedacht werden, ob das totale Versagen der staatlichen Versicherungsaufsicht a) Unfähigkeit oder b) Unwilligkeit oder c) beides war und ob insbesondere dies den Zusammenhang herstellt zwischen der hemmungslosen Mitwirkung der Versicherer im staatlich organisierten Betrug (nach der win-win-Betrachtung: die staatliche Aufsicht schaut dann auch nicht so genau hin, wenn die Versicherer sich darüber hinaus dann ebenfalls „rein privat“ am Versicherten-Eigentum bedienen).

Ungeachtet der Motiv-Überlegungen haben sich alle Vorstandsmitglieder aller Kapitallebensversicherer seit 2004 bis heute des Betrugs in besonders schwerem Fall (§ 263 StGB) und des Verrats von Privatgeheimnissen schuldig gemacht (§ 203 StGB).

Um die vom Versicherer-Betrug Betroffenen von gerichtlicher Strafverfolgung abzuhalten, haben die Versicherer den sogenannten Versicherungsombudsmann installiert. Dieser Posten wird von den Versicherern besetzt durch ehemalige „namhafte, unparteiische, Vertrauen erweckende“ Richter, die nachweislich besondere Verdienste in der Missachtung von Recht und Gesetz und damit der Beseitigung von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland erworben haben.

Dr. Arnd Rüter, 10.01.2020

updates 17.01.2020 , 31.01.2020 (siehe Änderungsbalken)

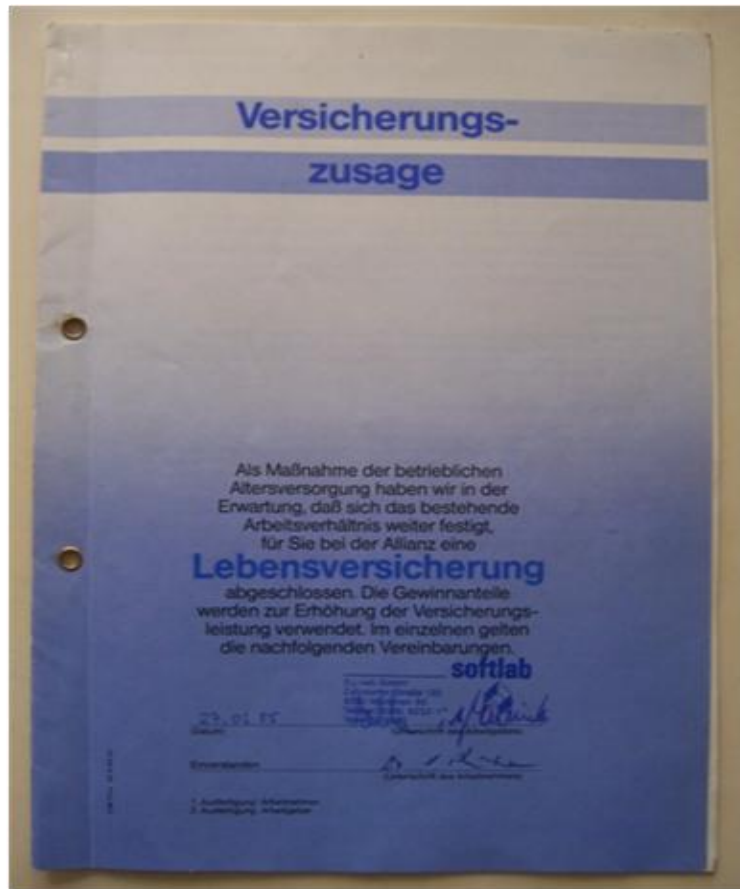
Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1 Die extrem mangelhaften Dreiseiten-Verträge der Lebensversicherer	3
1.1 Die Mängel an einem konkreten Beispiel analysiert	3
1.2 Allgemein gültige Aussagen zu den „Versicherungsscheinen“ der Lebensversicherer	15
2 Aufsichtsbehörden über die Versicherungsbranche	16
3 Direktversicherung des AG – Kapitallebensversicherung des AN	17
4 Die Folgsamkeit der Versicherer gegenüber den Forderungen der GKV-Lobbyisten	18
5 ALLE Versicherer haben den Betrug bisher mitgemacht und machen ihn weiterhin mit	19
6 Die Offensichtlichkeit des Betrugs für Konzerne (z.B. Siemens)	21
7 Der Versicherungsombudsmann - eifriger Befürworter von Rechtsbeugung und Verfassungsbruch ...	22
8 Was war die Gegenleistung der Parteipolitiker ?	25
9 Was bleibt – Betrug in besonders schwerem Fall und Geheimnisverrat	27

1 Die extrem mangelhaften Dreiseiten-Verträge der Lebensversicherer

Die Mängel der von den Lebensversicherern „Versicherungsscheine“ genannten Drei-Parteien-Verträge für Kapitallebensversicherungen werden zunächst an einem konkreten Beispiel eines Versicherungsscheins der Allianz Lebensversicherungs-AG analysiert (Kap. 1.1). Daraus werden dann unter Berücksichtigung weiterer „Versicherungsscheine“ allgemein gültige Aussagen abgeleitet, die für alle derartigen „Versicherungsscheine“ gelten (Kap. 1.2).

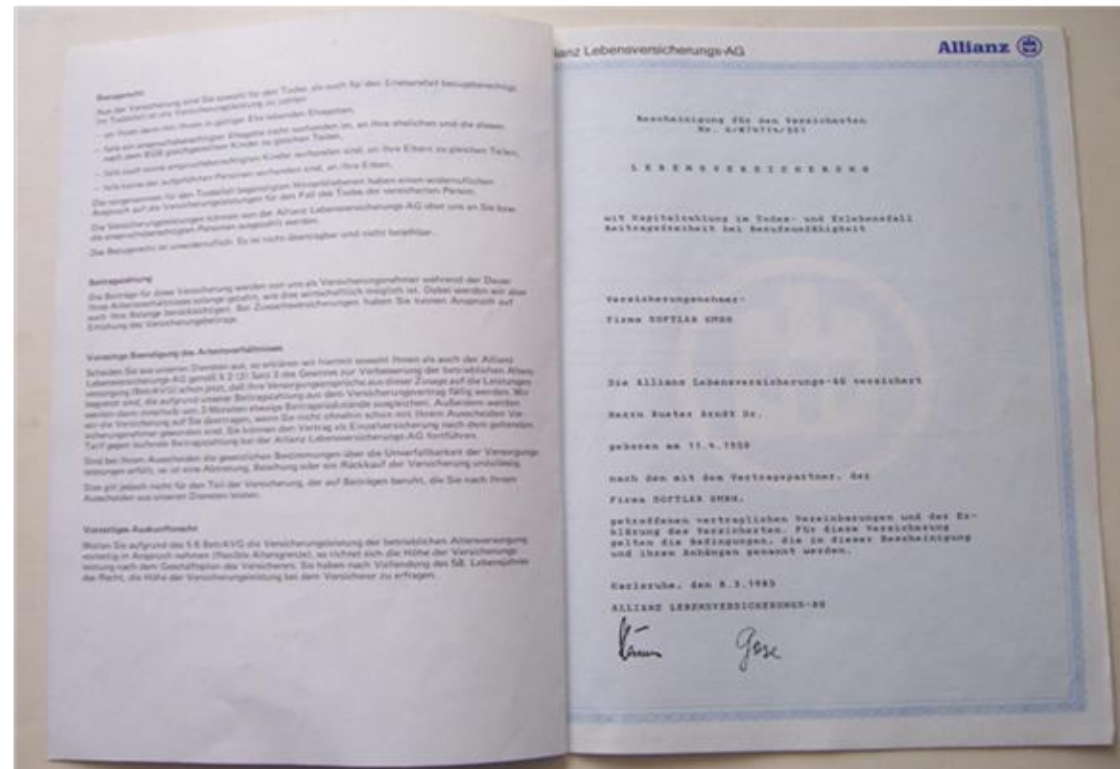
1.1 Die Mängel an einem konkreten Beispiel analysiert



Kürzel nachfolgend:
 Versicherungsgeber
 Arbeitgeber
 Arbeitnehmer

VG
 AG
 AN

In eine vom AG stammende Mappe
 (DIN A3 gefaltet zu einer A4 Mappe;
 die Mappe hat also 4 Seiten: Vorderseite, vordere Innenseite,
 hintere Innenseite, Rückseite;
 hintere Innenseite und Rückseite sind leer)
 ist die vom VG stammende
 „Bescheinigung für den Versicherten [...] „ (AN)
 mit Metallnieten fest eingefügt



**Versicherungs-
zusage**

Als Maßnahme der betrieblichen Altersversorgung haben wir in der Erwartung, daß sich das bestehende Arbeitsverhältnis weiter festigt, für Sie bei der Allianz eine **Lebensversicherung** abgeschlossen. Die Gewinnanteile werden zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet. Im einzelnen gelten die nachfolgenden Vereinbarungen.

softlab
 Softlab GmbH
 Zapfenortler Straße 120
 80333 München 80
 Telefon: 00 49 89 9252-11
 Telefax: 00 49 89 9252-3390

27.03.85
 (Datum) [Handwritten Signature] (Unterschrift des Arbeitgebers)

Einverstanden [Handwritten Signature] (Unterschrift des Arbeitnehmers)

1. Ausfertigung: Arbeitnehmer
 2. Ausfertigung: Arbeitgeber

VW 1034 30 x 4 84 (6)

AG-Mappe-Vorderseite

Dies ist eine **Zusage des AG**, dass er eine Lebensversicherung bei der Allianz (VG) abgeschlossen hat.

Die Gewinnanteile der Lebensversicherung werden zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet. Die Verwendung müsste aber durch den VG zugesagt werden; hier sagt der AG etwas zu, was der VG einzuhalten hat.

Die „nachfolgenden Vereinbarungen“ können nur solche sein, die in dieser Versicherungszusage des AG mit „eigenieteter“ Bescheinigung des VG für den Versicherten (AN) stehen

Der AN ist kein „vollgültiger“ gleichberechtigter Vertragspartner; er erklärt nur sein Einverständnis mit dieser Mitteilung („Versicherungszusage“) des AG. Er setzt keinerlei Bedingungen, aber ohne seine Unterschrift gäbe Es den Vertrag nicht.
Es ist ein Dreiparteien- / Dreiseitenvertrag

Bezugsrecht

Aus der Versicherung sind Sie sowohl für den Todes- als auch für den Erlebensfall bezugsberechtigt. Im Todesfall ist die Versicherungsleistung zu zahlen

- an Ihren dann mit Ihnen in gültiger Ehe lebenden Ehegatten,
- falls ein anspruchsberechtigter Ehegatte nicht vorhanden ist, an Ihre ehelichen und die diesen nach dem BGB gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen,
- falls auch keine anspruchsberechtigten Kinder vorhanden sind, an Ihre Eltern zu gleichen Teilen,
- falls keine der aufgeführten Personen vorhanden sind, an Ihre Erben.

Die vorgenannten für den Todesfall begünstigten Hinterbliebenen haben einen widerruflichen Anspruch auf die Versicherungsleistungen für den Fall des Todes der versicherten Person.

Die Versicherungsleistungen können von der Allianz Lebensversicherungs-AG über uns an Sie bzw. die anspruchsberechtigten Personen ausgezahlt werden.

Das Bezugsrecht ist unwiderruflich. Es ist nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Beitragszahlung

Die Beiträge für diese Versicherung werden von uns als Versicherungsnehmer während der Dauer Ihres Arbeitsverhältnisses solange gezahlt, wie dies wirtschaftlich möglich ist. Dabei werden wir aber auch Ihre Belange berücksichtigen. Bei Zuwachsversicherungen haben Sie keinen Anspruch auf Erhöhung des Versicherungsbeitrags.

Vorzeitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Scheiden Sie aus unseren Diensten aus, so erklären wir hiermit sowohl Ihnen als auch der Allianz Lebensversicherungs-AG gemäß § 2 (2) Satz 3 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) schon jetzt, daß Ihre Versorgungsansprüche aus dieser Zusage auf die Leistungen begrenzt sind, die aufgrund unserer Beitragszahlung aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Wir werden dann innerhalb von 3 Monaten etwaige Beitragsrückstände ausgleichen. Außerdem werden wir die Versicherung auf Sie übertragen, wenn Sie nicht ohnehin schon mit Ihrem Ausscheiden Versicherungsnehmer geworden sind. Sie können den Vertrag als Einzelversicherung nach dem geltenden Tarif gegen laufende Beitragszahlung bei der Allianz Lebensversicherungs-AG fortführen.

Sind bei Ihrem Ausscheiden die gesetzlichen Bestimmungen über die Unverfallbarkeit der Versorgungsleistungen erfüllt, so ist eine Abtretung, Beleihung oder ein Rückkauf der Versicherung unzulässig.

Dies gilt jedoch nicht für den Teil der Versicherung, der auf Beiträgen beruht, die Sie nach Ihrem Ausscheiden aus unseren Diensten leisten.

Vorzeitiges Auskunftsrecht

Wollen Sie aufgrund des § 6 BetrAVG die Versicherungsleistung der betrieblichen Altersversorgung vorzeitig in Anspruch nehmen (flexible Altersgrenze), so richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung nach dem Geschäftsplan des Versicherers. Sie haben nach Vollendung des 58. Lebensjahres das Recht, die Höhe der Versicherungsleistung bei dem Versicherer zu erfragen.

AG-Mappe-vordere Innenseite

Es werden Bedingungen der Versicherung vom AG an den AN mitgeteilt:

Bezugsrecht:

Der AN hat ein unwiderrufliches Bezugsrecht, nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Im Todesfall Begünstigte können umdefiniert werden, sie haben ein widerrufliches Bezugsrecht.

Beitragszahlung

Die Beiträge für diese Versicherung werden vom AG während der Dauer des Arbeitsverhältnisses mit dem AN

solange gezahlt, wie dies wirtschaftlich möglich ist.

Diese Versicherungszusage kann keine Versorgungszusage sein

Vorzeitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Für diesen Fall erklärt der AG gegenüber VG und AN, dass „Versorgungsansprüche“ aus dieser Zusage auf Leistungen begrenzt sind, die aufgrund der Beitragszahlung des AG aus dem Versicherungsvertrag fällig werden.

Der AG erklärt gemäß § 2 (2) Satz 3 des BetrAVG

Wenn es keine Versorgungszusage gibt, kann es auch keine Versorgungsansprüche geben

Der „Versicherungsvertrag“ ist nicht definiert, welcher soll es sein

- der Vertrag zwischen AG und VG

- die Versicherungszusage (AG-Mappe-Vorderseite) des AG an den AN

- die Bescheinigung des VG für den AN?

Es ist § 2 (2) Satz 3 des BetrAVG in der Version vor der Änderung mit dem AVmG, also eine der ersten Fassung vom 19-12-1974 ähnliche (IG O-PE 206j). In diesem Zustand war der Gültigkeitsbereich des Gesetzes noch nicht definiert; jeder konnte sich unter „betrieblicher Altersversorgung“ beliebig vorstellen.

§ 2 (2) bezieht sich auf die Direktversicherung bzw. den Versicherungsvertrag zwischen VG und AG und wer von beiden bei Ausscheiden des AN Versicherungsleistungen mit/ohne Überschussbeteiligung zu zahlen hat.

Bescheinigung für den Versicherten
Nr. 6/874714/301

L E B E N S V E R S I C H E R U N G

mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall
Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit

Versicherungsnehmer:

Firma SOFTLAB GMBH

Die Allianz Lebensversicherungs-AG versichert

Herrn Rueter Arndt Dr.

geboren am 11.4.1950

nach den mit dem Vertragspartner, der

Firma SOFTLAB GMBH,

getroffenen vertraglichen Vereinbarungen und der Er-
klärung des Versicherten. Für diese Versicherung
gelten die Bedingungen, die in dieser Bescheinigung
und ihren Anhängen genannt werden.

Karlsruhe, den 8.3.1985

ALLIANZ LEBENSVERSICHERUNGS-AG



Bescheinigung des VG an den AN (Seite1)

dass der VG eine
Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall
mit (Besonderheit) Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit
abgeschlossen hat

also bescheinigt der VG dass der AN keine Direktversicherung hat

Versicherungsnehmer ist der AG
d.h. nach § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) leistet der
AG wirtschaftlich die zu zahlenden Prämien an den VG
der VG bescheinigt also dem AN etwas, was der AG zu leisten hat

der VG sieht im AG den einzigen Vertragspartner
d.h. der VG sieht den AN nicht als (unmittelbaren) Vertragspartner an

Der VG bescheinigt dem AN, dass er zu Bedingungen versichert ist,
die er nicht kennt, und dass Bedingungen aus einer „Erklärung des AN“
gelten; welche Bedingungen der AN erklärt hat, bleibt allerdings offen.

Der AN hat lediglich sein Einverständnis erklärt, dass der AG eine
Kapitallebensversicherung für ihn beim VG abgeschlossen hat,
deren vertragliche Bedingungen er nicht kennt und über die er vom
VG in der hier vorliegenden Bescheinigung ein paar Punkte erfährt.

Bescheinigung Nr. 6/879714/301

Die Versicherung umfasst folgende Leistungen:

- versicherte Summe 41.841 DM
- Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit

Die Versicherung ist nach Tarif STF2B abgeschlossen.

Beitrag jährlich: 1.200,00 DM

Beginn der Versicherung: 1.1.1985

Ablauf der Versicherung: 1.1.2015

Dauer der Versicherung: 30 Jahre

Dauer der Beitragszahlung: 30 Jahre

Diensteintrittsdatum: 1.1.1984

Bezugsrecht

Es gilt das in der Versicherungszusage genannte Bezugsrecht.

Bescheinigung des VG an den AN (Seite2)

Versicherungsbedingungen vom VG an den AN

Versicherte Summe = Kapitalzahlung im Todesfall
 = Kapitalzahlung im Erlebensfall (plus ...)
 Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit

der Tarif STF2B ist eine Vereinbarung zwischen VG und AG

der jährliche Beitrag ist ebenfalls eine Vereinbarung zwischen VG und AG

Beginn, Ende und Laufzeit der Versicherung

die Dauer der Beitragszahlung ist eine Vereinbarung
 zwischen VG und AG

der VG verweist auf das vom AG zugesicherte Bezugsrecht
 (siehe AG-Mappe-vordere Innenseite)

Anhang zur Bescheinigung Nr. 6/874714/301

Fälligkeit

Die versicherte Summe wird gezahlt, wenn der Versicherte stirbt, spätestens wenn die Versicherung abläuft.

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Mitversichert ist Beitragsfreiheit für den Fall, dass der Versicherte berufsunfähig wird. Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung E 5.

Die Bestimmungen der Paragraphen 1 und 2 dieser Bedingungen bedeuten:

Berufsunfähig ist der Versicherte mindestens dann, wenn er nach den heutigen Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung ausschliesslich wegen seines Gesundheitszustands Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhält oder erhalten würde, wenn deren Wartezeit abgelaufen wäre. Es sind jedoch die Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes (Paragraph 3 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) zu beachten.

Die Erläuterung gilt sinngemäss auch, wenn der Versicherte nicht der gesetzlichen Rentenversicherung angehört.

Eine bereits bei Beginn der Versicherung bestehende Berufsunfähigkeit bedingt keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Bescheinigung des VG an den AN (Seite3)

Versicherungsbedingungen vom VG an den AN

Fälligkeit

die „Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung E5“ gelten (ist allerdings schon auf S. 1 gesagt)

die Bedeutung der §§ 1, 2 von E5 wird geklärt

der Begriff „Berufsunfähigkeit“ wird definiert
 gilt jetzt dies hier oder §2 von E5 oder beides?
 wenn beides gilt, wie ist die Rangfolge der Regelungen?

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Abrechnungsverband St GV 300

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einmalbeitrags (einsler Beitrag oder Einmalbeitrag) nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 2 Beiträge

- Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.
- Der Einmalbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluss des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats oder, wenn Monatsbeiträge vereinbart sind, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstag an kostenfrei an den Versicherer oder an den Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der von dem Versicherer ausgefertigten Beitragsrechnung befindet. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.

§ 3 Zahlungsverzug

- Wird der Einmalbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v.H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v.H. des Einmalbeitrags fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einmalbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Betrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist, zu dessen Rechtsfolgen gehört der Verlust oder die Minderung des Versicherungsschutzes.

§ 4 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherung

- Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitrags-

pflichtige Versicherungssumme nicht unter dem im Geschäftspolizist festgesetzten Mindestbeitrag sinken. Sind die Beiträge für mindestens ein Jahr oder für mindestens 1/3 der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so wird der nach dem Geschäftspolizist den Versicherer berechnete Rückkaufwert gewährt, soweit ein solcher geschäftspolizistmässig vorhanden ist.

- Sind die Beiträge für mindestens ein Jahr oder für mindestens 1/3 der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftspolizist des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftspolizistmässig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.
- Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

§ 5 Vorauszahlung (Darlehen)

Der Versicherer kann bis zur Höhe des Rückkaufwertes eine zu verzinsende Vorauszahlung (Darlehen) gewähren. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

§ 6 Verletzung der Anzeigepflicht

- Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer rechtlichen Begründung zu verbinden.
- Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.
- Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 7 Kriegsgefahr

Beim Absterben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegsrechtlichen Ereignissen wird nur das vorhandene Deckungskapital gezahlt, es sei denn, daß

durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

§ 8 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Absterben seit Aussetzung des Versicherungsscheins oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden ist. Andernfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital auszuschütten.

§ 9 Nachweise im Leistungsfall

- Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzuzeigen.
- Der Tod des Versicherten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Außer den schon genannten Nachweisen sind einzureichen
 - ein amtliches, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.
- Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.
- Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 10 Leistungsort

- Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag dem Versicherer zu übermitteln.
- Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.
- Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

Bescheinigung des VG an den AN (Seite4)

Für wen sollen jetzt die vom VG an den AN mitgeteilten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Abrechnungsverband St GV300“ gelten ?

für den AN?

der ist nicht im Abrechnungsverband St In § 4 ist das „Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers“, Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherung“ geregelt; dies kann nicht auf den AN bezogen sein.

für den AG?

der hat keine Lebensversicherung mit Kapitalzahlung In § 8 ist seine „Selbsttötung“ geregelt

§ 11 Inhaberklausel

1. Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügungs- insbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als berechtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.

2. § 13 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 12 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

2. Der Versicherungsnehmer hat zur Veränderung von Rechtsnachrichten eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 13 Rechte dritter Personen

1. Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigten bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen.

2. Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer die dahingehende Erklärung des Versicherungsnehmers erhalten hat.

3. Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und

Widerruf eines Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 14 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 15 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 16 Beteiligung am Überschuss

1. Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuss beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband St. Von dem alljährlich am Ende des Geschäftsjahres festgestellten Überschuss werden mindestens 90 Prozent der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesen. Aus dieser Rückstellung werden dem Versicherungsnehmer dieses Abrechnungsverbandes laufende Gewinnanteile und Schlussgewinnanteile gewährt. Die Gewinnanteile werden in den Geschäftsberichten des Versicherers veröffentlicht. Sie können für Gruppen von Versicherungen, die sich nach Versicherungsart oder anderen objektiven Merkmalen unterscheiden, in unterschiedlicher Höhe festgesetzt werden.

2. Die Versicherung erhält einen Gewinnanteil zu Beginn jedes Versicherungsjahres, und zwar bei laufender Beitragszahlung und einer Versicherungssteuer von

weniger als 10 Jahren	einmalig zu Beginn des 2. Versicherungsjahres
10 bis 25 Jahren	einmalig zu Beginn des 3. Versicherungsjahres
26 und mehr Jahren	einmalig zu Beginn des 4. Versicherungsjahres

bei einmaliger Beitragszahlung einmalig zu Beginn des 2. Versicherungsjahres.

3. Die laufenden Gewinnanteile bestehen aus einem Zinsgewinnanteil und bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zusätzlich aus einem Zusatzgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent des maßgebenden Deckungskapitals der einzelnen Versicherung festgesetzt, der Zusatzgewinnanteil in Promille der maßgebenden Versicherungssumme.

Die fälligen Gewinnanteile werden mit dem geschäftsplanmäßig festgelegten Zinsfuß angesammelt und gleichzeitig mit der Versicherungsleistung ausgezahlt. Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden, soweit nicht im Geschäftsplan für bestimmte Versicherungssummen, Versicherungsformen usw. etwas anderes vorgesehen ist, auf Antrag des Versicherungsnehmers die Gewinnanteile mit den laufenden Beiträgen entsprechend deren Zahlungsweise verrechnet.

4. Ist wegen Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherungssumme aus der Stammversicherung zu zahlen, so wird noch ein Schlussgewinnanteil fällig, wenn ein Gewinnanteil nach Ziffer 2 bereits zu gewähren war. Die Höhe dieses Schlussgewinnanteils ist von der Anzahl der zurückgewingenen Versicherungsjahre, im Todesfall einschließlich des Sterbeversicherungsjahres, abhängig.

5. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen nur Beträge entnommen werden, die für Gewinnanteile und Schlussgewinnanteile nach dem Geschäftsplan erforderlich sind. Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Deckung von Verlusten herangezogen werden.

§ 17 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (§ 4), die Kriegspolizei (§ 7), die Selbsttötung (§ 8) und die Überschufbeteiligung (§ 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Abänderungen

der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung innerhalb von Gruppenversicherungswertigen

- § 9 Ziffer 1 fällt weg.
- § 9 Ziffer 2b gilt nur für die mit Gesundheitsprüfung abgeschlossenen Versicherungen. Für die ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossenen Versicherungen wird § 9 Ziffer 2b wie folgt abgeändert: „ein Nachweis über die Todesursache“
- Die Worte „Versicherung“ bzw. „Vertrag“ beziehen sich – insbesondere hinsichtlich der Versicherungssumme und der Fristen – auf die einzelne (Teil-) Versicherung, nicht aber auf die Gesamtversicherung.
- Die Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug (§ 3) treten für die Gesamtversicherung ein, selbst wenn nur ein Teilrückstand besteht.

Bescheinigung des VG an den AN (Seite5)

Für wen sollen jetzt die vom VG an den AN mitgeteilten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Abrechnungsverband St. GV300“ gelten ?

für den AG?
In § 16 ist seine „Beteiligung am Überschuss“ geregelt

§ 13 beschreibt die „Rechte dritter Personen“

- Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigten bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigten widerrufen.
- Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer die dahingehende Erklärung des Versicherungsnehmers erhalten hat.

Genau das „unwiderrufliche Bezugsrecht“ hat der AG auf der AG-Mappe-vordere Innenseite dem AN zugesagt, also ist der AN eine „dritte Person“

Der VG bescheinigt also dem AN sehr umständlich durch „Anhängen“ von Bedingungen zwischen VG und AG(GV300), dass er eine „dritte Person“ ist.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung E5

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Wird der Versicherte während der Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vollständig oder teilweise berufsunfähig, so entfällt bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherung und für die in sie eingeschlossenen Zusatzversicherungen bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent ganz.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Beitragsfreiheit.

2. In demselben Maße und unter denselben Voraussetzungen wie in Ziffer 1 wird eine Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese versichert ist, gezahlt, und zwar vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

3. Der Anspruch auf Beitragsfreiheit und Rente entsteht mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit (§ 2) eingetreten ist. Erfolgt die Anzeige (§ 4) später als drei Monate nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit, so beginnen Beitragsfreiheit und Rente mit Beginn des Monats der Anzeige.

4. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

5. Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht sind bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; sie werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückgezahlt.

§ 2 Begriff der Berufsunfähigkeit

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

2. Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die vorstehenden Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grade voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

3. Ist der Versicherte mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

4. Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Ziffern 1-3 darauf an, daß er außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes

1. Ausgeschlossen von der Versicherung ist die Berufsunfähigkeit, die verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;

c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, daß diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

d) durch vorsätzliches Herbeiführen der Berufsunfähigkeit des Versicherten durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers;

e) durch Beteiligung an Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;

f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, es sei denn, daß eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.

2. Bei Luftfahrten erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Berufsunfähigkeit nur, wenn sie verursacht wird durch Teilnahme des Versicherten an Reise- oder Rundflügen über Gebieten mit organisiertem Luftverkehr;

a) als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeuges oder Hubschraubers) oder

b) als Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeuges oder Hubschraubers).

§ 4 Anzeige, Nachweis und Schadensminderung

1. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, so ist dies dem Versicherer schriftlich anzuzeigen.

2. Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit sind dem Versicherer unverzüglich einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, seine Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Hierdurch entfallende Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

3. Der Versicherer hat das Recht, als weiteren Nachweis zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen sowie ärztliche Nachuntersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte auf seine Kosten zu verlangen. Die Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen der Versicherte in Behandlung war oder sein wird, sowie andere Personenversicherer und Behörden sind zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

4. Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, hat der Versicherte zu befolgen, wobei ihm nichts Unbilliges zugemutet werden darf.

§ 5 Erklärung über die Leistungspflicht

Nach Prüfung der ihm eingereichten und von ihm beigegebenen Unterlagen erklärt der Versicherer gegenüber dem Ansprucherhebenden, ob und von welchem Zeitpunkt an er eine Leistung anerkennt.

§ 6 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. 1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten darüber, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet ein Ärzteausschuß. Für alle sonstigen Streitpunkte sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

2. Die Entscheidung des Ärzteausschusses ist von dem Ansprucherhebenden bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem die Erklärung des Versicherers nach § 5 zugegangen ist, zu beantragen. Der Versicherer und der Ansprucherhebende können jedoch bis zum Ablauf dieser Frist verlangen, daß anstelle des Ärzteausschusses die ordentlichen Gerichte entscheiden. Wird dieses Verlangen gestellt, so kann der Anspruch nur durch Klage geltend gemacht werden.

(Bod. Juni 1984)

Bescheinigung des VG an den AN (Seite6)

Für wen sollen jetzt die vom VG an den AN mitgeteilten „Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung E5“ gelten?

§5 Erklärung über die Leistungspflicht

Die Bedingung kann nicht den AG betreffen

Þessum Betingingum fyrir Berufsunfögetu-Zusatzversicherung

3. LMB der Anprucherhebende die unter Ziffer 2 genannte Frist verstreichen, ohne daß er entweder die Entscheidung des Arzteauschusses verlangt oder Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.
4. Für den Arzteauschuß gelten folgende Bestimmungen:
1. Zusammensetzung
 - a) Der Arzteauschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt und soll ein auf dem jeweiligen Fachgebiet sowie in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen einem Monat über den Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherten zuständige Ärztekammer maßgebend.
 - b) Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen einem Monat, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer ernannt.
 2. Verfahren
 - a) Sobald der Ausschuß zusammengesetzt ist, hat der Versicherer unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen den Obmann um die Durchführung des Verfahrens zu ersuchen.
 - b) Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und gibt hiervon den Parteien mindestens eine Woche vor dem Termin Nachricht. Es bleibt ihm unbenommen, sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien zu wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldig nicht, so kann der Ausschuß aufgrund der Unterlagen entscheiden.
 - c) Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.
 3. Kosten

ist die Entscheidung des Arzteauschusses für den Anprucherhebenden günstiger als das vor seinem Zusammen-

tritt abgegebene Angebot des Versicherers, so sind die Kosten voll von diesem zu tragen. Andernfalls werden sie dem Anprucherhebenden bis zu 2,5 Prozent der Lebensversicherungssumme auferlegt.

§ 7 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

1. Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck kann er auf seine Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und – jedoch nur einmal im Jahr – eine Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm beauftragten Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 4 finden entsprechende Anwendung.
2. Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit geändert, so kann der Versicherer die Leistungen neu festsetzen. Macht der Versicherer den Wegfall der Leistungen geltend, so ist er verpflichtet, dies dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf dessen Rechte aus § 6 mitzuteilen. Der Wegfall der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Abstimmung der Mitteilung, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres, wirksam.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit (vgl. §§ 4 und 7) verletzt, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so ist der Versicherer bis zum Ende des Monats, in dem der Anprucherhebende die Obliegenheit erfüllt, von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 9 Verhältnis zur Hauptversicherung

1. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit, sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet.
2. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.
3. Bei Kündigung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung wird ein Rückkaufwert nicht gewährt; die Kündigung kann in den letzten 5 Versicherungsjahren nur in Verbindung mit der Hauptversicherung erfolgen.

Bei einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag ist eine Kündigung stets nur in Verbindung mit der Hauptversicherung möglich, dabei wird der geschäftspolymäßige Rückkaufwert gewährt.

4. Die Umwandlung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine beitragsfreie Versicherung ist nur zusammen mit der Hauptversicherung möglich und nur sofern die hierfür geschäftspolymäßig vorgesehene Mindestrente erreicht wird.

Das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und Versicherungsgeldleistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.

5. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Ziffern 3 und 4 entsprechend.
6. Lebt die aus irgendeinem Grunde erkrankte oder auf die beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht des Versicherers aus der Hauptversicherung wieder auf und tritt die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder in Kraft, so können Ansprüche aus dieser nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung oder Krisenverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
7. Ist aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine Leistung anerkannt, so werden ein etwaiger Rückkaufwert, eine etwaige beitragsfreie Versicherungssumme, Vorauszahlung und Überschußbeteiligung der Hauptversicherung so berechnet, als ob der Beitrag, der durch die Berufsunfähigkeit entfällt, unverändert weitergezahlt worden wäre.
8. Anerkannte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine herabgesetzte, beitragsfreie Versicherung nicht berührt.

§ 10 Beteiligung am Überschuß

1. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nach dem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan überschußberechtiget.
2. Aus dem aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erzielten Überschuß wird zu Versicherungen gegen laufenden Beitrag nach dem Geschäftsplan ein Schußgewinnanteil gewährt. Die Höhe des Schußgewinnanteils ist von den für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung wird ein Rückkaufwert nicht gewährt; die Kündigung kann in den letzten 5 Versicherungsjahren nur in Verbindung mit der Hauptversicherung erfolgen.
3. Versicherungen, die gegen Einmalbeitrag abgeschlossen oder beitragsfrei geworden sind, sowie laufende bare Berufsunfähigkeitsrenten erhalten eine Zusatzrente zur Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn jedes Versicherungsjahres.

Bescheinigung des VG an den AN (Seite7)

Für wen sollen jetzt die vom VG an den AN mitgeteilten „Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung E5“ gelten ?

1. Hinweise

- a) Die Überschußanteile, die sich für den Anspruchsberechtigten aus der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Überschußbeteiligung ergeben, hängen in ihrer Höhe vor allem von den Kapitalerträgen, aber auch vom Verlauf der Sterblichkeit und von der Entwicklung der Kosten ab. Die Höhe der Überschußanteile, die von Jahr zu Jahr ermittelt und zugesagt werden, kann sich daher ändern. Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschußbeteiligung sind nicht möglich.
- b) Der gesamte Geschäftsverkehr wird grundsätzlich zwischen dem Vertragspartner und der Allianz Lebensversicherungs-AG geführt.
- c) Nach einer Abmeldung der Versicherung kann die versicherte Person, sofern ihr die Rechte aus der Versicherung zustehen, innerhalb von 3 Monaten die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung als Einzelversicherung zu dem im Rahmengeschäftsplan der Allianz Lebensversicherungs-AG vorgesehenen Beitrag fortführen, vorausgesetzt, daß der im Rahmengeschäftsplan hierfür vorgesehene Mindestbeitrag bzw. Mindestversicherungssumme (Mindestrente) erreicht wird. Sind an der Versicherung mehrere Versicherungsunternehmen beteiligt, kann die Weiterführung bei einer dieser Gesellschaften nach deren Bestimmungen erfolgen.
Ein Antrag auf Weiterführung als Einzelversicherung ist zu richten an:
Allianz Lebensversicherungs-AG
Gruppenversicherung
Postfach 534
7000 Stuttgart 1
- d) Alle Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer brauchen nach § 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen von ihm nur dann als rechtswirksam angesehen zu werden, wenn sie dem Versicherer in schriftlicher Form zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zur Entgegennahme von Willenserklärungen und Anzeigen nicht bevollmächtigt.

- e) Nach § 3 Versicherungsvertragsgesetz kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.
- f) Bei einer Beteiligung der versicherten Person an der Beitragszahlung (als Beitragsbeteiligung ist nicht die sogenannte Gehaltsumwandlung bei Firmen-Direktversicherungen anzusehen) ist die versicherte Person hinsichtlich des ihrem Beitragsanteil entsprechenden Teils der Versicherungsleistung unwiderruflich bezugsberechtigt; insoweit kann die versicherte Person unter Anzeige an die Allianz Lebensversicherungs-AG Dritten einen widerruflichen Anspruch auf die Versicherungsleistung einräumen. Mangels einer solchen Anzeige gilt für den Todesfall die gleiche Bezugsrechtsregelung wie für den dem Beitragsanteil des Versicherungsnehmers entsprechenden Teil der Versicherungsleistung.

2. Bestimmungen zu Direktversicherungen

- a) Während der Dauer des Dienstverhältnisses ist eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und einer Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten Arbeitnehmer bis zu dem Zeitpunkt, in dem der versicherte Arbeitnehmer sein 59. Lebensjahr vollendet, insoweit ausgeschlossen, als die Beiträge vom Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) entrichtet worden sind.
Soweit von der Lohnsteuerpauschalierung gemäß § 40 b EStG Gebrauch gemacht wird, ist die Abtretung oder Beleihung eines unwiderruflichen Bezugsrechts durch den versicherten Arbeitnehmer ausgeschlossen.
- b) Abweichend von Ziffer 1 b) wird die Allianz dem versicherten Arbeitnehmer nach Vollendung des 58. Lebensjahres auf Verlangen Auskunft darüber erteilen, wie hoch die Versicherungsleistung ist, wenn sie aufgrund § 6 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung vorzeitig in Anspruch genommen wird (flexible Altersgrenze).

Bescheinigung des VG an den AN (Seite7)

Hinweise a):

„... Die Höhe der Überschußanteile, die von Jahr zu Jahr ermittelt und **zugesagt** werden ...“ – dazu bedurfte es erst eines kräftigen Trettes durch die Aufsichtsbehörde, denn diese Zusagen gelangen dem VG erst ab dem Jahr 2000

Hinweise b):

„Der gesamte Geschäftsverkehr wird grundsätzlich zwischen dem **Vertragspartner [AG]** und der Allianz Lebensversicherungs-AG [VG] geführt“

Der VG kennt nur den einen Vertragspartner AG.

Der VG benutzt die Bescheinigung an den AN, um dem AG Bedingungen zu diktieren.

Bestimmungen zu **Direktversicherungen** a):

„Während der Dauer des Dienstverhältnisses ist eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und einer Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf den versicherten AN [bis zu dem Zeitpunkt [...]] insoweit ausgeschlossen.“

Der Versicherungsnehmer ist der AG, also besteht die Direktversicherung zwischen VG und AG

1.2 Allgemein gültige Aussagen zu den „Versicherungsscheinen“ der Lebensversicherer

Die über den Arbeitgeber abgeschlossene Kapitallebensversicherung ist ein Drei-Parteien-Vertrag der drei Parteien Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Versicherungsgeber.

Die Versicherungsgeber nennen ihn herablassend „Versicherungsschein“, so als würde man vom hohen Ross herab Scheinchen wie Knöllchen verteilen.

Der Versicherungsgeber „erbricht“ seine Bedingungen in die Gegend nach dem Motto

_ suche sich doch jeder raus, was er will

_ bei meiner Macht gegen die anderen Vertragspartner kann mir keiner

_ welche Bedingungen im Ernstfall was zu bedeuten haben, bestimme sowieso immer nur ich

Der Arbeitnehmer wird von den Versichernden entweder explizit als Vertragspartner „ausgeschlossen“ (obwohl das rechtlich gar nicht geht) oder zumindest als extrem überflüssiges Beiwerk betrachtet.

Der Versicherungsgeber sieht den Arbeitnehmer nicht als oder nicht als vollwertigen Vertragsteilnehmer.

Dies obwohl der Drei-Parteien-Vertrag ohne dessen Unterschrift gar nicht zustande käme und obwohl der Versicherungsgeber nur durch Versicherten/Arbeitnehmer sein Geschäft betreiben kann, wobei in allen Fällen, in denen der Arbeitnehmer die Versicherungsprämien wirtschaftlich leistet, er sogar auf Kosten des privaten Vermögens des Versicherten sein Geschäft (Geldvermehrung durch Anlagen) betreibt.

Ein **Zwei-Parteien-Vertrag** beschreibt genau **eine Vertragsbeziehung** (die zwischen Partei-1 und Partei-2). In einem üblichen Zwei-Parteien-Vertrag werden die Rechte und Pflichten jeweils beider Vertragsparteien fixiert und vereinbart. Nicht jedem darin genannten Recht der einen Partei muss eine entsprechende Pflicht der anderen Partei gegenüber stehen (z.B. Partei 1 kann im vorliegenden Fall fristlos kündigen). Für alle sich aber gegenüber stehenden Rechte/Pflichten gilt, die Aussagen müssen (sollten zumindest in einem gültigen Vertrag) sich widerspruchsfrei gegenüber stehen.

In einem **Drei-Parteien-Vertrag** sind die Rechte und Pflichten der jeweils drei Parteien zu fixieren und zu vereinbaren. Ein Drei-Parteien-Vertrag beschreibt **drei Vertragsbeziehungen** (1. zwischen Partei-1 und Partei-2, 2. zwischen Partei-1 und Partei-3, 3. zwischen Partei-2 und Partei-3). Für jedes Recht einer Partei, welches auf der Pflicht einer der beiden anderen oder der beiden anderen Parteien beruht ist die Widerspruchsfreiheit sicherzustellen. Wenn eine Bedingung (Recht/Pflicht) oder eine Vertragseigenschaft (Direktversicherung) von einer ersten Partei zur zweiten Partei gilt, so ist nicht zu schlussfolgern, dass diese Bedingung oder Vertragseigenschaft auch zwischen der ersten und der dritten Partei und zwischen der zweiten und der dritten Partei besteht. Der obige Ansatz der Beschreibung zeigt schon hinreichend deutlich, warum jeder Jurist mit einigermaßen Verstandeskraft von der Vereinbarung von Drei-Parteien-Verträgen dringend abrät.

In den Versicherungsscheinen der Kapitallebensversicherungen des Arbeitnehmers (wie gesagt ein Drei-Parteien-Vertrag) wird extremes Chaos in der Zuordnung von Rechten/Pflichten und Vertragseigenschaften angerichtet und man darf stark vermuten, dass dieses Chaos nicht nur Ausdruck eines absoluten Unvermögens ist, sondern dass es im Gegenteil Methode hat.

In einzelnen Fällen werden Geschäftspapiere des Versichernden und des Arbeitgebers vermischt und die eine Vertragspartei sagt vertraglich etwas zu, was nur die andere Vertragspartei einhalten kann (siehe Kap. 1.1).

Der Versicherer behauptet Vertragseigenschaften („Versorgungsansprüche“, Gültigkeit des BetrAVG), die aufgrund des vorliegenden Gesamtvertrags gar nicht vorliegen können.

Der Arbeitgeber wird auch in den Fällen als Versicherungsnehmer bezeichnet, wenn die Versicherungsprämien wirtschaftlich vom Arbeitnehmer geleistet werden (Missachtung des § 1 Versicherungsvertragsgesetz).

Der Versicherer bezieht sich auf außerhalb des Vertrages liegende Vertragsbedingungen ohne diese zu konkretisieren. Z.B. es gelten die Bedingungen des „Versicherungsvertrages“, wobei wahrscheinlich der Rahmenvertrag zwischen Versicherer und Arbeitgeber gemeint ist. Oder es werden „Allgemeine Geschäftsbedingungen“ oder sonstige „Besondere Bedingungen für ...“ zum Vertrag dazu geheftet, ohne dass innerhalb des Versicherungsscheins auf spezifische Paragraphen dieser sonstigen Bedingungen Bezug genommen wird. Nach dem Motto: Jeder könne sich also an Vertragsbedingungen zusammensuchen, was immer er wolle, wobei natürlich der wirtschaftlich Mächtigste zu gewinnen trachtet.

Rechtlich gesehen gelten diese Bedingungen aber gar nicht, wenn sie nicht durch Referenzierung innerhalb des Vertrages in diesen übernommen wurden.

Es werden vertragliche Pflichten festgelegt ohne zu fixieren für welche der Vertragsparteien sie gelten sollen.

Es werden dem Arbeitgeber Vertragsbedingungen zugeordnet, die ihn gar nicht betreffen können (z.B. „Beteiligung am Überschuss“, „Kündigungsrecht des **Versicherungsnehmers**, Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherung“)

2 Aufsichtsbehörden über die Versicherungsbranche

Die Versicherungsbranche ist nicht völlig frei in ihrem Geschäftsgebaren, sondern wird von staatlicher Seite kontrolliert.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Versicherungsaufsicht>

Als **Versicherungsaufsicht** bezeichnet man die **staatliche Aufsicht über Versicherungsunternehmen**. Sie ist Teil der Finanzmarktaufsicht. In Deutschland wird die Versicherungsaufsicht durch eine Aufsicht auf Bundesebene und durch die jeweiligen Landesaufsichtsbehörden wahrgenommen.

Bis 2002 war auf Bundesebene das **Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV)** zuständig.

Aussagen aus dessen Aufgabenbeschreibung (<http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/bundesaufsichtsamt-fuer-das-versicherungswesen-bav/bundesaufsichtsamt-fuer-das-versicherungswesen-bav.htm>):

- Bundesoberbehörde im **Geschäftsbereich des Bundesministers der Finanzen** zur Aufsicht über die privaten und ihnen gleichgestellten öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen in der Bundesrepublik Deutschland.
- Ziel der staatlichen Versicherungsaufsicht ist es, die dauernde Erfüllbarkeit der von den Versicherungsnehmern abgeschlossenen Versicherungsverträge sicherzustellen und die Belange der Versicherten zu wahren.
- Nur aufsichtsbehördlich zugelassenen Unternehmen (außer Rückversicherungen) ist das Versicherungsgeschäft gestattet
- Die Behörde achtet auf die ordnungsgemäße Durchführung des Geschäftsbetriebs in rechtlicher Hinsicht (**allgemeine Rechtsaufsicht**) wie auch auf die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungen (**Finanzaufsicht**).
- Rechtsgrundlage ist das **Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)**
- Das BAV übt die Aufsicht nicht allein über die Versicherungsunternehmen aus, sondern kontrolliert auch die angebotenen Produkte.
- Es überwacht den Geschäftsbetrieb und trägt dafür Sorge, daß die Versicherer ihre Leistungsversprechen einhalten. **Natürlich wird nicht jede Police gelesen.**
- Die Notwendigkeit der Versicherungsaufsicht wird damit begründet (Motive zum VAG von 1901), daß die Öffentlichkeit an einer gedeihlichen und soliden Entwicklung des Versicherungswesens ein besonderes Interesse habe und deshalb für den Staat die Pflicht zur besonderen Fürsorge bestehe. **Maßgebend hierfür sei einerseits die große wirtschaftliche, soziale und ethische Bedeutung des Versicherungswesens. Andererseits bestehe bei Mißbrauch des Versicherungswesens die Gefahr schwerster Schädigung des Volkswohls.**

2002 entstand die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)** aus der Zusammenlegung des Bundesaufsichtsamts für das Kreditwesen (BAKred), des Bundesaufsichtsamts für den Wertpapierhandel (BAWe) und des **Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen (BAV)**.

Die BaFin ist eine selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts und **unterliegt der Rechts- und Fachaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen**.

BaFin und Landesaufsichtsbehörden überwachen die Versicherungsunternehmen auf der Grundlage des **Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)**, § 1a BaFinBefugV i.V.m. §§ 320 bis 325 VAG.

Versicherungsunternehmen bedürfen zur Aufnahme und Aufrechterhaltung ihrer Geschäftstätigkeit ebenfalls der Zustimmung der BaFin.

Die Aufsicht umfasst insbesondere die Überwachung der Bedeckung des Sicherungsvermögens und der Solvabilität, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der abgeschlossenen Verträge zu gewährleisten (**Leistungserbringung im Versicherungsfall**). Hierzu achtet die BaFin unter anderem darauf, dass Versicherungsunternehmen genügend finanzielle Mittel vorhalten und Risiken angemessen bewerten. **Darüber hinaus überwacht die BaFin ganz allgemein die Einhaltung aller Gesetze**, die für den Betrieb von Versicherungsgeschäften gelten.

Wie unter diesen Umständen die Lebensversicherer derartige „Machwerke“ als Versicherungsverträge produzieren konnten und können (siehe Kap. 1), bleibt ein Rätsel. Es bleiben nur zwei Möglichkeiten, dass eine **staatliche Rechtsaufsicht** derartige Vertragsverstümmelungen zulässt:

1. Entweder sind die „Rechtskundigen“ (Juristen) im **Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV)** bzw. in der späteren **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**, die wiederum einer Rechtsaufsicht des Bundesministeriums der Finanzen unterliegen, derartig unfähig das Chaos zu erkennen

oder/und

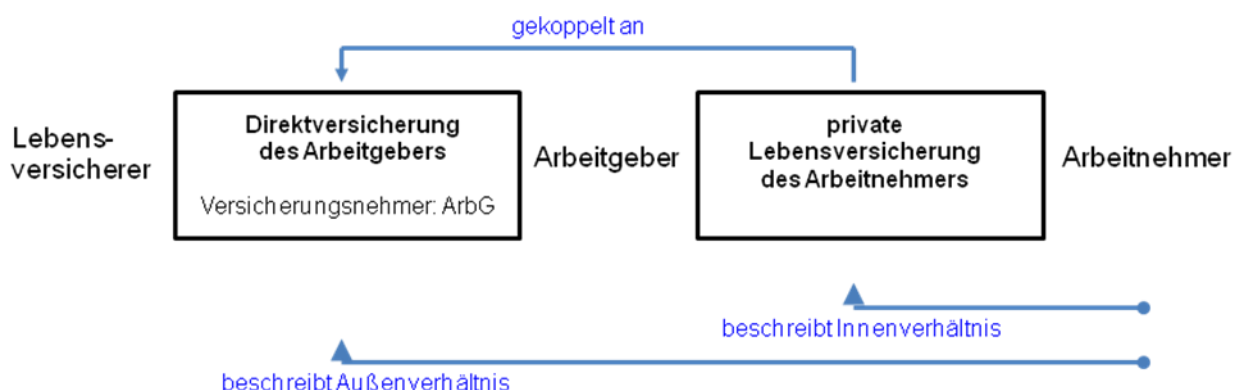
2. Die „Rechtskundigen“ erkennen das Chaos, aber letztlich bestimmen die übergeordneten Politiker „was Recht sein soll“.

Manches in den Beschreibungen zur Aufsichtsbehörde des Bundes (BAV, ab 2002 BaFin) liest sich wie ein böses Omen: **„Bei Missbrauch des Versicherungswesens bestehe die Gefahr schwerster Schädigung des Volkswohls“**. Wie wahr; nur hat niemand ahnen können, dass die Aufsichtsbehörde des Bundes bei diesem Missbrauch an vorderster Front dabei ist.

3 Direktversicherung des AG – Kapitallebensversicherung des AN

Dieses ganze Verwirrspiel hauptsächlich der Versicherungsgeber kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Arbeitnehmer keine Direktversicherung abgeschlossen hat.

Es handelt sich nicht um eine Direktversicherung gemäß § 1b Abs. 2 BetrAVG („Direktversicherung“ als Durchführungsweg), sondern um eine an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelte private Lebensversicherung.



„Eine Versicherung, bei der das typische Todesfallwagnis und - bereits bei Vertragsabschluss - das Rentenwagnis ausgeschlossen worden sind, ist keine Direktversicherung.“ (amtlicher Leitsatz, **Bundesfinanzhof Urteil v. 09.11.1990, Az.: VI R 164/86**).

„Auch bei der Direktversicherung kann es in praxi vorkommen, daß zusätzlich zum Beitrag (zur Prämie) des Arbeitgebers zur Direktversicherung der Arbeitnehmer Beiträge aus seinem Entgelt zu einer eigenen Lebensversicherung leistet. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine **Direktversicherung gemäß § 1b Abs. 2**, sondern um **eine an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelte private Lebensversicherung**. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind identisch in der Person des Arbeitnehmers. Es fehlen bei dieser privaten Lebensversicherung die Merkmale des Durchführungsweges

Direktversicherung gemäß § 1b Abs. 2“ des BetrAVG (Details siehe [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20190909](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190909) *Vorspiel zur Aushebelung der Parlamentarischen Demokratie.- Verstecken der BetrAVG Änderungen im HZvNG*, Kap.4).

Auch die Allianz Lebensversicherungs-AG war in 2009 noch der Meinung: wer nicht Versicherungsnehmer ist, kann auch keine Vertragspartei sein. Die Vertragsparteien hatten „Direktversicherungen“ (also die Arbeitgeber) und für die Arbeitnehmer wurden Kapitallebensversicherungen abgeschlossen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. *[IG_K-KV_0801]*). Die Hannoversche Leben belegt, dass der Übergang der (von ihr behaupteten) Versicherungsnehmerschaft vom Arbeitgeber auf den Arbeitnehmer den Verlust der Eigenschaft „Direktversicherung“ bedeutet; „Direktversicherung“ beschreibt also nach Sicht der Hannoverschen das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Arbeitgeber (ebd., Referenznr. *[IG_K-KV_0800]*).

Die Unterstellung, der Arbeitnehmer hätte eine Direktversicherung (gehabt) dient lediglich der rechtsbeugenden Behauptung (durch Richter) bzw. der betrügerischen Behauptung (durch die sonstigen Täter im staatlich organisierten Betrug) es läge hier der Durchführungsweg „Direktversicherung“ vor und damit gelte das BetrAVG (Details siehe [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20190909](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190909) *Vorspiel zur Aushebelung der Parlamentarischen Demokratie.- Verstecken der BetrAVG Änderungen im HZvNG*, Kap.5).

4 Die Folgsamkeit der Versicherer gegenüber den Forderungen der GKV-Lobbyisten

Dieses Kapitel ist eine Textübernahme aus [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20180906](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20180906) *Das Zusammenspiel der Täter der GKV, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)*

„Bereits am 09./10.09.2003 besprachen die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherungsträger in Bochum ihre Deutung der Änderungen des § 229 Abs. 1 SGB V; sie stellten fest (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. *[IG_O-KK_003]*)

- „Durch eine Änderung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist mit Wirkung vom 1. Januar 2004 an eine **Einbeziehung von Kapitaleistungen** in die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen vorgesehen.“
- „Die Neufassung von § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V unterwirft vom 1. Januar an alle **Kapitaleistungen, die der Alters- [...]versorgung [...] dienen, der Beitragspflicht. Voraussetzung ist ein Bezug zum früheren Erwerbsleben.**“
- Die **maßgebliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichtsurteils** vom 30. März 1995 – 12 RK 10/94 – **ist damit obsolet.** [...] [Hinweis: die Spitzenverbände setzen neue Rechtsmaßstäbe bevor die Legislative überhaupt den Gesetzentwurf gesehen, geschweige denn geprüft hat oder gar beschlossen hat]
- „Die **Definition**, was unter einem Versorgungsbezug zu verstehen ist, **wird letztlich** durch die Neufassung von Satz 3 des § 229 SGB V **neu gestaltet.** Entscheidend ist ausschließlich, ob es sich um eine **Leistung zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung** handelt.“ [Hinweis: jedes Finanzguthaben eines Rentners dient der Altersversorgung, denn jung ist er nun einmal nicht mehr]
- „Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, die als Kapitaleistung gewährt werden, gilt für alle Versorgungszusagen – **auch laufenden Verträgen** – bei denen der Versicherungsfall (Versorgungsfall) nach dem 31. Dezember 2003 eintritt.“ [Hinweis: Vorgabe der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen zum Verfassungsbruch]

Diese neu gestaltete Definition eines Versorgungsbezugs lautet (durch die Hinzufügung der unterstrichenen Stellen):

„Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt 1/120 der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für 120 Monate.“

Man muss schon seine Kenntnisse der deutschen Sprache aus der Grundschulzeit völlig vergessen, um daraus die Gleichsetzung von im privaten Eigentum befindlichen Kapitalersparnissen mit

Versorgungsbezügen zu erkennen. Im Übrigen ist das Laufzeitende der Kapitallebensversicherung im „überdurchschnittlich häufigen“ Erlebensfall, also das Ende des Sparens kein Versicherungsfall, sondern nur das Ende der eingeschränkten Verfügungsgewalt des unwiderruflich Bezugsberechtigten über seine Sparergebnisse. Und die „Voraussetzung [...] Bezug zum früheren Erwerbsleben“ ist für den Normaldenkenden in der „Definition“ auch nicht zu erkennen. Aus den Laufzeiten solcher Kapitallebensversicherungen ergibt sich automatisch, dass das Geld dann nicht mehr einem **jungen** Menschen zur freien Verfügung steht, also einer juristischen Wortverdreherei mit der „**Altersversorgung**“ Tür und Tor geöffnet werden soll.

Man bedenke: am 09.09.2003 fand die erste Lesung statt, am 26.09.2003 die zweite und dritte Lesung und erst am 14.11.2003 wurde das GMG durch den Bundespräsidenten in Kraft gesetzt. Die GKV gaben also für ein gerade parallel in erster Lesung befindlichen Gesetzentwurf bereits die Blaupause ab oder vor, nach welcher ab ca. 2006 die Richter des 12. Senats des Bundessozialgerichts - offensichtlich unter Führung des durch die SPD ab 01.11.2004 „eingesteuerten“ Vorsitzenden des 12. Senats Hartwig Balzer - die Rechtsbeugung und den Verfassungsbruch des BSG gestalteten, um den Gesetzlichen Krankenkassen den staatlich organisierten Betrug an ca. 6 Millionen Rentnern zu ermöglichen. (Hintergrund war: die rot-grüne Regierung hatte durch ihre unfähige Politik in nur 3 Jahren die Sozialkassen geleert – aber das lesen Sie bitte woanders nach; [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20170821 Übersicht über den größten Skandal in Abbau von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20170821%20%C3%9Cbersicht%20%C3%BCber%20den%20gr%C3%B6%C3%9Ften%20Skandal%20in%20Abbau%20von%20Demokratie%20und%20Rechtsstaatlichkeit%20seit%20Bestehen%20der%20Bundesrepublik%20Deutschland)).

Oder soll es Zufall sein, dass die Formulierungen „**Voraussetzung ist ein Bezug zum früheren Erwerbsleben**“, „**Leistung zur Altersversorgung**“, „**Versicherungsfall Alter**“ zwar weder im § 229 SGB V noch in einem anderen Paragraphen des SGB V oder einem anderen Gesetz auftauchen, dass sie aber die Kernpunkte der rechtsbeugenden Urteile des Bundessozialgerichts (der sog. „höchstrichterlichen Entscheidungen“) wurden.

Mit Schreiben vom 05.11.2003 (wohlgemerkt, es gibt zu diesem Zeitpunkt noch immer kein in Kraft befindliches GMG) antwortete der VdAK/AEV (Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen) auf ein Schreiben des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. vom 27.10.2003 mit Betreff: „[...] GMG, Beitragspflicht zu Kapitaleistungen der betrieblichen Altersversorgung“; der Informationsaustausch über ein nicht vorhandenes Gesetz läuft also hinter den Kulissen schon länger (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-KK_004\]](#))

Darin wurde die „Umdeutung“ des noch nicht existierenden GMG zur Verbeitragung von Sparerlösen aus Kapitallebensversicherungen durch die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherungsträger mitgeteilt (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-KK_003\]](#)) und **rechtliche Bedenken des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft** wurden abgetan mit:

„Während im Steuerrecht die Steuerpflicht über das gesamte Leben des Versicherten wirkt, besteht diese **einheitliche Betrachtungsweise im Sozialrecht gerade nicht**. Das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist insoweit der von Ihnen am Steuerrecht orientierten Betrachtungsweise nicht zugänglich.“

Auffällig, dass dieses Solidaritätsgeschwätz mit Lügen untermauert auch im Gesetzentwurf des GMG auftaucht. Und auffällig weiter, dass auf **rechtliche Bedenken** mit „**Betrachtungsweisen im Sozialrecht**“ gekontert wird. Ein Hellseher, wer da schon die **rechtsbeugenden Betrachtungsweisen des Bundessozialgerichts** aufziehen sieht.

5 ALLE Versicherer haben den Betrug bisher mitgemacht und machen ihn weiterhin mit

Es zeigen sich zwar Mentalitätsunterschiede bei den Vorständen der Lebensversicherer. Die einen können gar nicht früh genug loswerden, dass sie beabsichtigen in dem staatlich organisierten Betrug mitzumachen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [\[IG_K-KV_2700\]](#)). Die anderen zögern diese Nachricht möglichst lange hinaus und machen erst Mitteilung, wenn die Auszahlung am Versicherungsende kurz bevor steht (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2307\]](#)).

Sie versuchen aber alle zunächst mit Verweis auf die ebenfalls in ihren chaotischen Versicherungsscheinen missbrauchten Begriffe wie „**betriebliche Altersversorgung**“,

„Versorgungsbezüge“, „Versorgungsleistung“, „Direktversicherung“, „Versicherungsnehmerschaft“ sich aus der Verantwortung zu stellen (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2307\]](#), [\[IG_K-KV_2308\]](#), [\[IG_K-KV_2700\]](#), [\[IG_K-KV_2906\]](#), [\[IG_K-KV_2907\]](#), [\[IG_K-KV_9901\]](#)).

Die Allianz Lebensversicherungs-AG bringt es sogar fertig, sich die Antwort der Lobbyisten der gesetzlichen Krankenkassen auf die rechtlichen Bedenken des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (ebd., Referenznr. [\[IG_O-KK_003\]](#)) zu eigen zu machen, mit welcher sich die Lobbyisten die ihnen „selbstverständlich zustehende Missachtung von Recht und Gesetz“ anmaßten und dem Sozialrecht eine außerhalb des Rechtssystems stehende Sonderrolle unterstellten: „Dabei wird der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Sozialversicherungsrechts deutlich weiter verstanden als im Arbeitsrecht und ist nicht auf die Durchführungswege beschränkt.“ (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2312\]](#)).

Erst nach massiven Vorhaltungen durch den Versicherten und der drängenden Nachfrage nach den vorgeschobenen gesetzlichen Grundlagen dieses Tuns (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2310\]](#), [\[IG_K-KV_2725\]](#), [\[IG_K-KV_9901\]](#)) werden zunächst die Gültigkeit des GMG seit 01.01.2004 mit der Neuregelung des § 229 SGB V und dann die angebliche Verpflichtung des Versicherers nach § 202 SGB V mitgeteilt (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2312\]](#), [\[IG_K-KV_9902\]](#)). Dabei wiederholen sie zur Gültigkeit der gesetzlichen Regelungen in §§ 202, 229 SGB V lediglich die gleichen bewusst unwahren Behauptungen über den Gesetzestext, welche auch die betrügenden gesetzlichen Krankenkassen und die rechtsbeugenden Sozialrichter verwenden.

Und wenn ihnen gar nichts mehr einfällt, dann antworten sie plump und entlarvend mit „Sie beschreiben keinen neuen Sachverhalt. Wir erlauben uns, auf den bisher geführten Schriftwechsel Bezug zu nehmen.“ oder ähnliches (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2726\]](#), [\[IG_K-KV_2313\]](#)).

Allen Versicherern gemeinsam ist, dass sie sich auf „Rechtsgutachten“ ihrer Juristen berufen. Diesen wiederum ist auffallend gemeinsam, dass sie weder Gesetzestexte lesen und verstehen können und dass deren Kenntnisse der deutschen Sprache nicht einmal schulisches Niveau erreicht (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_9903\]](#)).

Auffallend ist auch, dass die rechtlich und persönlich verantwortlichen Betrüger der Versicherer (die Mitglieder der Vorstände) und die rechtlich und persönlich verantwortlichen Betrüger der Gesetzlichen Krankenkassen (die Mitglieder der Vorstände, die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und die rechtlich vertretenden Justiziere) keinerlei Rückgrat haben zu ihren Straftaten zu stehen. Es ist geradezu peinlich zu lesen, wie sie jeweils der anderen Partei die Schuld für die „Entscheidung zur Verbeitragung“ versuchen zuzuschieben (ebd., Referenznr. [\[IG_K-KV_2307\]](#), [\[IG_K-KV_2309\]](#), [\[IG_K-KK_2739\]](#), [\[IG_K-SG_27302\]](#)). Obwohl doch völlig klar ist, dass die Verantwortlichen beider Parteien sich des **Betrugs in besonders schwerem Fall** (§263 Abs. 3 Pkt. 2) seit 2004 fortlaufend schuldig machen.

Die rechtliche Unhaltbarkeit mit § 229 SGB V die Verbeitragung von privaten Sparerlösen aus privaten Kapitallebensversicherungen begründen zu wollen ist an anderer Stelle ausreichend detailliert beschrieben ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190116_Die_mit_dem_GMG_einhergehende_Kriminalisierung_der_Justiz_-_Teil_I)).

Die rechtliche Unhaltbarkeit der Anwendung von § 202 SGB V ist schnell ersichtlich:

§ 202 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen SGB V

- (1) *Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von **Versorgungsbezügen** sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines **Versorgungsempfängers** und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des **Versorgungsempfängers** zu ermitteln und dieser Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der **Versorgungsbezüge** und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung unverzüglich mitzuteilen. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen **Versorgungsempfängern** hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der **Versorgungsempfänger** hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von **Versorgungsbezügen** und dem **Bezieher von Versorgungsbezügen** unverzüglich die **Beitragspflicht des Versorgungsempfängers** und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die **Beitragsbemessungsgrenze überschreitet**, deren Umfang mitzuteilen.*

- (2) *Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausföhlhilfen erstatten. Die Krankenkasse hat nach inhaltlicher Prüfung alle fehlerfreien Angaben elektronisch zu übernehmen, zu verarbeiten und zu nutzen. Alle Rückmeldungen der Krankenkasse an die Zahlstelle erfolgen arbeitstäglich durch Datenübertragung. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.*
- (3) [...]

6 Die Offensichtlichkeit des Betrugs für Konzerne (z.B. Siemens)

Man könnte noch versuchen sich vorzustellen, dass kleinere Firmen, deren Personalabteilungen über ihre Gruppenverträge mit Lebensversicherern für ihre Mitarbeiter Kapitallebensversicherungen abgeschlossen haben, sich von den Lügen der Politiker und der Lebensversicherer über die angeblich neue Gesetzeslage haben einlullen lassen.

Nicht glaubhaft ist aber, dass größere Konzerne (wie z.B. die Siemens AG), die ihren Mitarbeitern selbst eine Firmenrente zusagten, nicht gemerkt haben wollen, dass die Mär von der neuen Gesetzeslage durch das GMG der Startschuss für den staatlich organisierten Betrug an ihren Mitarbeitern war. Wenn man sich die Unterlagen einerseits zur Berechnung und Versorgungszusage bzgl. der Betriebsrenten (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-KV_9701]**) und andererseits zur Vereinbarung der privaten Kapitallebensversicherungen der Mitarbeiter (ebd., Referenznr. **[IG_K-KV_9702]**) ansieht, dann kann kein Normaldenkender auch nur ansatzweise auf die Idee kommen, dass es sich in beiden Fällen um Betriebsrenten handeln könne.

Es bleiben F R A G E N zu klären

- Warum haben große Konzerne mit eigenem Betriebsrentensystem nicht zu Beginn des Betrugs den Lebensversicherern unmissverständlich klar gemacht „hört auf mit diesen Betrugsversuchen, sonst bringen wir euer kriminelles Treiben an die Öffentlichkeit“ ?

Wenn in unserem Beispiel die Siemens AG den unterschiedlichen Lebensversicherern ihrer Mitarbeiter das Überschreiten der Grenzen von Gesetz und Moral aufgezeigt hätten, dann wäre mit Sicherheit dieses kriminelle Treiben im Kern erstickt worden.

- Wie waren und sind die Beziehungen der Verantwortlichen in diesen Konzernen zu den Politikern geartet, dass sie so zum Stillschweigen gebracht wurden ?

War und ist ihr Lobbyeinfluss auf die Politik und die Politiker-Unterstützung für das große Geschäftemachen den Verantwortlichen wichtiger als die Interessen ihrer Mitarbeiter, nicht um privates Eigentum bestohlen zu werden ?

- Oder hatte z.B. eine Siemens AG überhaupt kein Problem mit dem Betrug durch rechtswidrige Verbeitragung von Sparerlösen aus den Kapitallebensversicherungen, weil sie ja selbst eine eigene Siemens Betriebskrankenkasse hat und sich auf diese Art durch die Hintertür am Privateigentum der Mitarbeiter bzw. ehemaligen Mitarbeiter bedienen konnte und kann ?
- Solche Konzerne beschäftigen Herden von Juristen. Konnte keiner von denen den Gesetzestext lesen, verstehen und feststellen, dass er mitnichten ein Recht zum Betrug bei privaten Kapitallebensversicherungen hergibt ?

Oder waren und sind auch all diese Firmen-Juristen vom Juristen-Virus befallen, welches für die juristische Grundeinbildung sorgt „jeder Jurist hat grundsätzlich das Recht mit der sogenannten „juristischen Auslegungs-Methode“ Gesetzestexte nach Herzenslust zu verbiegen, bis nichts mehr von der gesetzlichen Regelung übrig bleibt ?

Aus dieser hochgradig gestörten Denke folgt natürlich, dass staatlich angestellte Juristen das Recht haben **Rechtsbeugung** (ein Verbrechen nach § 339 StGB) als Standardwerkzeug der Rechtsprechung einzusetzen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> *20180625 Der Traum der Juristen vom "American Way of Life"*, *20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I*).

7 Der Versicherungsombudsmann - eifriger Befürworter von Rechtsbeugung und Verfassungsbruch

Wie würden die Versicherer den Ombudsmann gerne sehen?

Das „Beschwerdemanagement“ der VPV teilt mit: „Sind Sie mit unserer Bearbeitung Ihres Beschwerdeanliegens noch nicht zufrieden oder sehen Sie nach **unserer gemeinsamen Klärung** noch offene Punkte? Als Verbraucher haben Sie dann die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer auch an eine **außergerichtliche Schlichtungsstelle** zu wenden. Der Versicherungsombudsmann e.V. vermittelt bei Streitigkeiten zwischen Kunden und Versicherern“ (ebd., Referenznr. *[IG_K-KV_9901]*).

Der Verein **Versicherungsombudsmann e.V.** teilt u.a. mit (<https://www.versicherungsombudsmann.de/>):

„Der Versicherungsombudsmann ist eine **anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle**. Seine Aufgabe besteht darin, Streitigkeiten in Versicherungsangelegenheiten beizulegen. Der Versicherungsombudsmann arbeitet für Verbraucher kostenfrei, **überprüft neutral**, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen des Versicherers oder Versicherungsvermittlers, kann Versicherer bis zu 10.000 Euro zur Leistung verpflichten und **erläutert verständlich das Ergebnis** seiner Prüfung.

Die Organisation der Schlichtungsstelle, die Anforderung an den Ombudsmann und die Rahmenbedingungen seiner Amtsausübung **stellen die notwendige Unabhängigkeit und Neutralität sicher**.

Die Unabhängigkeit und Neutralität des Ombudsmanns wird durch die Vereinssatzung sichergestellt. Er ist kein Angestellter des Vereins und bei seiner Amtsausübung nur an die Verfahrensordnungen sowie **an Recht und Gesetz gebunden**. Weisung oder andere Vorgaben bestehen nicht. Eine Abberufung ist nur bei offensichtlichen, groben Verfehlungen gegen seine Verpflichtungen möglich. Der Ombudsmann ist **gegenüber allen Mitarbeitern der Schlichtungsstelle in fachlicher Hinsicht weisungsbefugt**.

Die Organisation als eigenständiger Verein und ein Beirat, dem auch Verbraucherschützer angehören, gewährleisten die institutionelle Unabhängigkeit.

Der **amtierende Ombudsmann Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier** ist eine **anerkannte Persönlichkeit von hoher Integrität und großer Fachkompetenz**.

Dr. h. c. Wilhelm Schluckebier ist seit April 2019 Ombudsmann für Versicherungen. Er war viele Jahre mit verschiedenen Aufgaben in der Justiz betraut, u. a. als Richter in Hessen und beim Generalbundesanwalt. Von 1999 bis 2006 war er Richter am Bundesgerichtshof. **Von 2006 bis November 2017 gehörte er dem Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts an. Hier war er als Berichterstatter auch mit den Verfahren aus dem Rechtsgebiet des Versicherungswesens befasst.** Als Ombudsmann ist Dr. Schluckebier in seiner Amtsausübung **frei und keinen Weisungen unterworfen**.“

Wie und durch wen der **Versicherungsombudsmann e.V.** in die Welt kam, bleibt seltsam verschwommen (<https://www.versicherungsombudsmann.de/wp-content/uploads/Jahresbericht-2018.pdf>)

„Im Jahr **2007** erhielt der Versicherungsombudsmann eine Aufgabe auf gesetzlicher Grundlage. Das **Bundesministerium der Justiz** erkannte den Verein als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen gemäß § 214 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes an. Im August 2016 erfolgte die staatliche Anerkennung als Verbraucherschlichtungsstelle.“

„Mit Prof. Wolfgang Römer wählte man einen Ombudsmann, der in seiner aktiven Zeit als **Richter des für das Versicherungsrecht zuständigen Senats am Bundesgerichtshof deutliche und kritische Worte gegenüber der Versicherungswirtschaft fand.**“

Sein Nachfolger, „Prof. Dr. Günter Hirsch bekleidete diese Aufgabe mit **überragender juristischer Fachkompetenz und hoher Empathie gegenüber den Beschwerdeführern.**“

Vom **01.04.2008 bis 31.03.2019** war der Herr **Professor Hirsch** der Ombudsmann. Nach Satzung wird alle 5 Jahre ein neuer gewählt. Beim Herrn Hirsch war die Satzung folgsam und flexibel und ließ auch noch die Verlängerung der 2. Amtszeit ab 21.11.2012 auf über 6 Jahre zu.

Der Verein Versicherungsombudsmann e.V. hält sich auch auffallend bedeckt, wer denn nun eigentlich die normalen Mitglieder des Vereins seien bzw. beantwortet die Frage nicht, ob es solche denn überhaupt gibt. Wenigstens bei den Vorstandsmitgliedern wird man fündig:

- Klaus-Jürgen Heitmann: Vorstandssprecher der HUK Coburg Versicherungsgruppe
- Hermann Kasten: Vorsitzender der Vorstände VGH Versicherungen
- Dr. Klaus-Peter Röhler: Vorstandsvorsitzender Allianz Deutschland AG
- Dr. Norbert Rollinger: Vorsitzender des Vorstands der R+V Versicherung AG
- Dr. Wolfgang Weiler: Präsident Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.

und versteht sofort wie „neutral“ dieser „eingetragene Verein“ tatsächlich agiert.

Wie kann man die Ombudsmänner neutral betrachten?

So gut wie gar nicht; Wikipedia z.B. ist merkwürdig sprachlos, wenn man nach den Hintergründen von Ombudsmännern sucht (<https://de.wikipedia.org/wiki/Ombudsmann>).

Wie muss man nach entsprechenden Erfahrungen die Ombudsmänner der Versicherungen sehen?

Da schreibt ein Betrogener im Februar 2019 eine Beschwerde an den Ombudsmann der Versicherungen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-KV_9801]**) und dann lässt dem Betroffenen ausgerechnet ein **Dr. Günter Hirsch** als Ombudsmann eine Antwort „im Auftrag“ zukommen (also weder rechtsverbindlich, noch sonst irgendwie verbindlich). Dieser Dr. Günter Hirsch ist eben jener ehemalige Präsident des Bundesgerichtshofs, der uns schon als **glühender Verfechter der Freiheit des Richters zu verfassungswidrigem Richterrecht, zu verbrecherischer Rechtsbeugung und als geistiger Brandstifter in der Demontage von Rechtsstaat und Demokratie** aufgefallen ist (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20180625 Der Traum der Juristen vom "American Way of Life"**).

Und was lässt er mit dem ersten und den letzten beiden Sätzen mitteilen:

„Nach Prüfung Ihrer Eingabe muss ich Ihnen leider mitteilen, dass ich Ihnen im Ombudsmannverfahren in Ihrer Angelegenheit nicht weiterhelfen kann.

.....
Ich bedauere, keine besseren Nachrichten zu haben. Das Versicherungsunternehmen erhält eine Kopie des Schreibens zur Kenntnis“.

Das rechtsbeugende Gesülze dazwischen (nach Art des 12. Senats des BSG) kann man sich getrost schenken.

Der Betrogene gibt nicht auf und legt im März 2019 immer wieder mit Schreiben an den Versicherungsombudsmann nach. Er verweist dabei u.a. auf den Beschluss 1 BvR 1660/08 vom 28.09.2010 (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-VG_0610]**), das BSG Urteil B 12 KR 28/12 R, das BSG Urteil B 12 KR 10/02 R (ebd., Referenznr. **[IG_O-BG_0014]**) und das Urteil des BFH vom 09.11.1990 VI R 164/86. Dem Versicherungsombudsmann sind rechtliche Texte egal, er wimmelt alles ab (25.03.2019): „Bitte haben Sie Verständnis, dass ich meine Möglichkeiten in dieser Angelegenheit als erschöpft und das Beschwerdeverfahren als beendet betrachte.“

Den Betroffenen ärgert, dass er so plump und ignorant abgefertigt wurde und sendet im Oktober und November 2019 Nachträge zur Ombudsmann-Beschwerde. Er beklagt, dass der Ombudsmann mit

sozialversicherungsrechtlichen Argumenten agiert hat, aber seine definierte Aufgabe, **versicherungsrechtliche Fragen** zu bearbeiten, **einfach ignoriert** hat, und schreibt u.a.

„Aus der Information „**der Versicherungsombudsmann**“ kann entnommen werden, dass **der Ombudsmann**,

- Eine **Verbraucherschlichtungsstelle** in Versicherungsangelegenheiten ist,
 - Dass er als **neutraler** Streitmittler auftritt,
 - Dass er jede Beschwerde **unparteiisch** betrachtet,
 - Dass er den gleichen Maßstab an wendet wie ein Gericht, **„Recht und Gesetz!“**.
- Das alles **erweckt unheimliches Vertrauen**, wenn Sie, wie aus Ihrer Vita zu entnehmen ist, acht Jahre Präsident des BGH in Karlsruhe waren.“

Somit hat der Versicherungsombudsmann seinen tatsächlichen Auftrag wohl erfüllt: Er weckte „unheimliches Vertrauen“, wimmelte alles im Interesse des Versicherers ab und ignorierte die versicherungsrechtliche Fragestellung einfach. Er hat den gleichen Maßstab angelegt wie die Sozialgerichtsbarkeit, nämlich verfassungswidriges Richterrecht, Rechtsbeugung und Verfassungsbruch ... Ehre wem Ehre gebührt.

Und dann antwortet der Versicherungsombudsmann doch tatsächlich noch einmal; wobei er einen neuen Namen angenommen hat und sich jetzt **Dr. h.c. Schluckebier** nennt. Oder ist es doch ein neuer, der dann an einer gediegenen Geistesstörung zu leiden scheint, da er am 20.11.2019 schreibt „das Ergebnis **meiner** Prüfung Ihrer Beschwerde habe **ich** Ihnen mit meiner Entscheidung vom 13. März 2019 mitgeteilt. Es war die Frage zu beantworten [...] Diese Fragen habe **ich** geprüft und beantwortet“. Wobei er allerdings in seinen Schreiben vom 13., 25. und 27.03.2019 noch Hirsch hieß und als Schluckebier sein Amt erst ab 01.04.2019 übernahm.

Dieser Schluckebier-Ombudsmann schreibt weiter:

„In sechs weiteren Schreiben haben Sie die Richtigkeit des Ergebnisses in vielerlei Hinsicht angezweifelt und **mich** gebeten, Ihnen eine Vielzahl von Fragen zu beantworten und zu verschiedenen verfassungs- und sozialgerichtlichen Entscheidungen Stellung zu nehmen. **Ich** bitte um Verständnis, dass ich diesem Anliegen nicht nachkomme. Nach meiner Verfahrensordnung soll der Beschwerdeführer einen klaren und eindeutigen Antrag stellen. Eine verfahrensbeendende Entscheidung darüber ergeht schriftlich und ist mit Gründen zu versehen. In begründeten Einzelfällen kann ein beendetes Verfahren nach dem Ermessen des Ombudsmanns bei Vorliegen einer neuen Sach- oder Rechtslage wieder aufgenommen werden. Dafür erkenne ich vorliegend keinen Anlass.“

Tatsächlich, dies kann nicht die gleiche, Ausflüchte suchende Person Hirsch mit seiner „**hohen Empathie gegenüber dem Beschwerdeführer**“ sein; es muss und es ist ein neuer. Keiner der in Artikeln darüber schwadroniert hat, dass der Richter außerhalb von Recht und Gesetz stehen sollte. Sondern ein Mann der Tat, der gleich mit dem ersten Schreiben dem Betrogenen zeigt „wo die Harke hängt“, der sich gewissenlos und ohne langes Reden über Recht und Gesetz stellt. Er hat sich (wie der **Versicherungsombudsmann e.V.** mitteilt) „als Berichterstatter auch mit den Verfahren aus dem Rechtsgebiet des Versicherungswesens befasst“. Und **wie er sich befasst hat**:

Er hat die §§ 13 und 14 des BVerfGG in Serie gebrochen und Verfassungsbeschwerden an den Zweiten Senat des Bundesverfassungsgerichts entwendet, er hat zusammen mit seinem Vizepräsidenten Kirchhof Rechtsbeugung betrieben; er hat als Verfassungsrichter auf die Verfassung gepfiffen und das **Grundgesetz gebrochen** indem er als gleichberechtigter Richter in einer Kammer unter Vorsitz des Hr. Kirchhof die Verfassungsbeschwerden 1 BvR 739/08, 1 BvR 1660/08, 1 BvR 2657/09, 1 BvR 2123/08, 1 BvR 1936/14, 1 BvR 1687/15, 1 BvR 1615/15, 1 BvR 2570/15, 1 BvR 631/15, 1 BvR 188/16, 1 BvR 610/17, 1 BvR 2290/15, 1 BvR 2428/16, 1 BvR 2428/16, 1 BvR 805/17, 1 BvR 672/17 einfach nicht angenommen hat (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-VG_0004]**).

Er hat an dem **rechtsbeugenden Beschluss 1 BvR 2635/12** des Ersten Senats mitgewirkt mit welchem u.a. der Vizepräsident Kirchhof jahrelang sein „Recht“ zum Bruch von §§18, 19 BVerfGG und seine Missachtung einer Ablehnung seiner Person wegen seiner Befangenheit ableitete (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-VG_2317]** **[IG_K-VG_2318]**).

Damit trägt er persönlich die Verantwortung für die **mehrfache Verletzung von Art. 3 (1), Art. 10 (1), Art. 14 (1), Art. 97 (1), Art 101 (1) und Art. 103 (1) des Grundgesetzes**. Die fortlaufende **Missachtung von Recht und Gesetz** (BVerfGG) bedeutet **serielle Rechtsbeugung nach § 339 StGB** und dies bedeutet **seriell begangenes Verbrechen nach § 12 StGB**. (siehe auch <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schlussel/2020xxxx> *Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil III des Bundesverfassungsgericht*).

Wahrlich ein Mann, der nicht lange fackelt.

Ein Mann der Tat (**ein TÄTER**).

Das neue Ruhmesblatt und Aushängeschild des Versicherungsombudsmann e.V. im großen VERSICHERER-BETRUG

Ist es nicht schön, wie sich die Dinge aus Sicht der Täter im staatlich organisierten Betrug an 6 Mio Rentnern fügen? Dieses Zusammenwirken von Betrügern der Lebensversicherer und Rechtsbeugern der Gerichte ist ein **weiterer handfester Beleg für die etablierten mafiösen Strukturen zur Absicherung dieses beispiellosen BETRUGs auf Basis von Rechtsbeugung und Verfassungsbruch**.

Wir können nun also aufgrund unserer Erfahrungen bei der Definition „Versicherungsombudsmann“ aushelfen.

Ein „Ombudsmann der Versicherungen“ ist eigentlich ein „Ombudsmann der Versicherer“. Er hat vergleichbare Aufgaben wie eine Widerspruchsstelle der gesetzlichen Krankenkassen. Er soll die Kunden in einem pseudoneutralen vorgerichtlichen Verfahren davon abhalten, dass diese in gerichtlichen Verfahren per Klage ihr Recht suchen. Zu diesem Zweck werden Juristen eingesetzt, um den Rechtssuchenden den Eindruck zu vermitteln, es ginge alles nach Recht und Gesetz zu. Um den Konflikt zu entschärfen, wird als erstes einmal die (Juristen wohlbekannte) Wortverdreherei angewandt. Die Rechtssuche des Kunden wird zur „Beschwerde“ degradiert. Viele „Beschwerden sind ja abzuarbeiten, indem dem Beschwerdeführer“ die „rechtlichen Zusammenhänge“ nur einmal ordentlich erklärt/mitgeteilt werden; und da die Ombudsmänner „anerkannte und neutrale“ Personen mit „extrem gutem juristischen Wissen“ sind, liegt die Lösung (im Interesse der Versicherer) sehr schnell auf der Hand:

„Lieber Kunde, halte den Mund und füge dich in dein Schicksal. Es tut uns leid, die Welt ist nun einmal so, dass sie in oben und unten eingeteilt ist. Und du bist unten; vergiss es nicht!“

Übrigens; dass sich „verdiente Rechtsverdrehler“ auf die alten Tage noch ein „Zubrot dazu verdienen“ scheint gang und gäbe zu sein:

„Seit 1. September 2014 hat die **Schufa** (Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung) **Hans-Jürgen Papier** (den ehemaligen Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes; Vorgänger von Herrn Voßkuhle) als Ombudsmann eingesetzt.“ (<https://schufa-ombudsmann.de/>)

Man beachte die Formulierung: Er leistet nicht etwa „gesellschaftlich nützliche Arbeit“, nein, er wird **„eingesetzt“**.

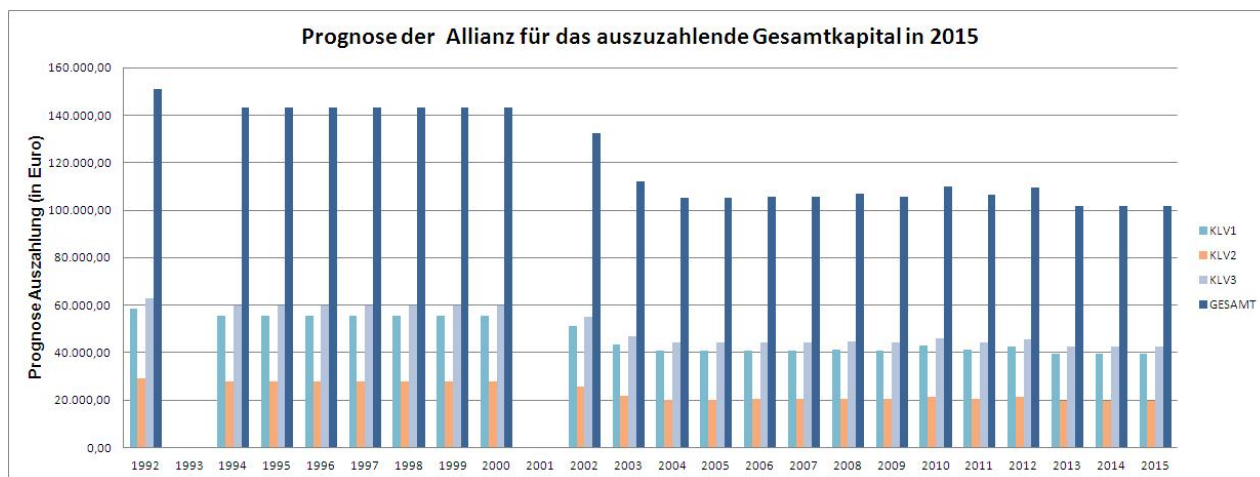
8 Was war die Gegenleistung der Parteipolitiker ?

Den Vorständen der Gesetzlichen Krankenkassen lässt sich wenigstens das Motiv **grenzenloser Geldgier** zuordnen; bei den Motiven der Vorstandsmitglieder der Lebensversicherer tappt man zunächst im Dunkeln. Soll man wirklich glauben, dass die Mitteilung von den Lobbyisten der Gesetzlichen Krankenkassen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-KK_004]**) mit der Ankündigung des großen staatlich organisierten Betrugs ausgereicht hat, um sie zum Mittun zu bewegen? Oder soll man etwa annehmen, dass sie von den Leistungen der rot-grünen Regierung unter Schröder auf einmal so überzeugt waren, dass sie dessen Wünschen nach „bedingungsloser Mitwirkung im großen Betrug“ gefolgt sind?

Bei den Lebensversicherern fragt man sich zunächst warum; was haben sie davon? Wer nur einmal im Leben mit Versicherungen zu tun hatte, dem wird die Vorstellung, dass diese etwas freiwillig, umsonst und ohne Gegenleistung tun, geradezu widersinnig vorkommen.

Trotz der Verweigerungshaltung der Versicherer auf diese Frage zu antworten (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [IG_K-KV_2310], [IG_K-KV_2312], [IG_K-KV_2725], [IG_K-KV_2726], [IG_K-KV_2911], [IG_K-KV_2912]), können wir den Motiven auf die Spur kommen.

Nachfolgende Graphik zeigt **beispielhaft** die Prognosen der Allianz Versicherungs-AG für eine in 2015 angesparte und auszuzahlende Ansparleistung für die 3 Kapitallebensversicherungen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [IG_K-KV_2301] bis [IG_K-KV_2303]). Die erste Prognose wurde erst in 1992 (wohl auf Druck der Politik; die Verträge wurden in 1985 bzw. 1989 geschlossen) mit gesamt 150.882 € abgegeben. In den Jahren 1994 bis 2000 waren die Prognosen identisch (gesamt 143.111 €). Nicht zu übersehen ist allerdings der **extrem starke Abfall des prognostizierten Spareergebnisses in den Jahren 2002 bis 2004**, um dann letztlich in 2015 101.730 € ausgezahlt zu bekommen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [IG_K-KV_2313]).



Offiziell begründet wurden die sinkenden Ablaufrenditen mit der damals stattgefundenen Neubewertung der Reserven der Versicherer und der erwartbaren Kapitalmarktzinsen. „Der Garantiezins betrug bis 2000 4%, ab 2001 lag er bei 3,25%, seit 01.01.2004 wurde er auf 2,75% zurück geschraubt“ (<https://www.gevestor.de/details/wie-sie-als-vermieter-ihre-lebensversicherungen-fuer-ihre-objektfinanzierung-optimal-einsetzen-22576.html>). Eine Reduktion des Auszahlungswertes der Kapitallebensversicherungen um 1/3 kann dies aber alles nicht begründen.

Betrachtet man die Aufgaben der staatlichen Fachaufsicht durch die dem Bundesfinanzministerium unterstehende BAV bzw. BaFin (Kap. 2) lässt dies nur 3 Antworten auf die Frage nach den Ursachen des enormen Wertverlustes in den Jahren 2001 bis 2004 zu:

1. die staatliche Fachaufsicht hat ihre Pflichten zur Kontrolle der Versicherer wegen Unfähigkeit nicht erfüllt oder
2. die staatliche Fachaufsicht wollte ihre Pflicht zur Kontrolle der Versicherer nicht erfüllen oder
3. die staatliche Fachaufsicht wollte ihre Pflicht zur Kontrolle der Versicherer nicht erfüllen, hätte dies aber bei vorliegender Absicht wegen Unfähigkeit trotzdem nicht gekonnt.

Wahrscheinlich haben die Lebensversicherer im Gegenzug für ihre **unterstützende und kriminelle Teilnahme am staatlich organisierten Betrug** von den Politikern die Zusicherung erhalten, dass diese nicht so genau hinschauen werden, wenn die Lebensversicherer ihrerseits ebenfalls die Versicherten um ihr Geld bringen werden.

Es ist ja schließlich kein Zufall, dass sämtliche über Kapitallebensversicherungen Versicherten berichten, dass sie bei ihren Sparergebnissen der Kapitalsparkkomponente um **bis zu 1/3 weniger** ausbezahlt bekamen, als das von den Versicherungen zu Vertragsabschluss prognostiziert bzw. versprochen wurde. Hieße also, es liegt letztlich auch bei ihnen das **Motiv Geldgier** vor.

Weitere „**überzeugende Argumente**“ dürften die Ankündigung des großen Versicherer-Reibachs mit den Riester-Renten durch Kanzler Gerhard Schröder unter Mitwirkung seines Kumpels Carsten Maschmeyer und die Schaffung der dafür günstigen Voraussetzungen durch „gesetzliche“ Schwächung der staatlichen Renten und „Förderung der 2. Säule der betrieblichen Altersversorgung“ mit kapitalgedeckter

Altersversorgung gewesen sein (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> 20190909 Vorspiel zur Aushebelung der Parlamentarischen Demokratie.- Verstecken der BetrAVG Änderungen im HZvNG; 20181212 Die GMG-Gesetzgebung eine Serie von Verfassungsbrüchen)

An dieser Stelle ist explizit zu betonen, dass wir noch nicht ausreichend Material haben, um die **Motive der Vorstände der Lebensversicherer für das Mitwirken im staatlich organisierten Betrug** beweisen zu können. Die hier aufgezeigten **Motive sind Vermutungen**, wenn auch solche mit **sehr hoher Plausibilität**.

9 Was bleibt – Betrug in besonders schwerem Fall und Geheimnisverrat

Für die seit 2004 stattfindenden Straftaten durch die Verantwortlichen der Lebensversicherer gilt die Einschränkung auf Vermutungen allerdings nicht.

Die Mitglieder der Vorstände der Lebensversicherer im Zeitraum 01.01.2004 bis heute tragen die persönliche Verantwortung für Betrug in besonders schwerem Fall nach § 263 (1), (2), (3) Nr. 2

§ 263 Betrug StGB

- (1) **Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, daß er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.**
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) **In besonders schweren Fällen** ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
1. gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung von Urkundenfälschung oder Betrug verbunden hat,
 2. **einen Vermögensverlust großen Ausmaßes herbeiführt** oder in der Absicht handelt, durch die **fortgesetzte Begehung von Betrug eine große Zahl von Menschen** in die Gefahr des Verlustes von Vermögenswerten zu bringen,
- [...]

und für die **Verletzung von Privatgeheimnissen § 203 StGB**

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen StGB

- (1) **Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als**
1. [...] oder
 7. **Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle** anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Gemäß § 823 BGB sind die juristisch Verantwortlichen der Lebensversicherer zum Schadenersatz verpflichtet.

Allgemeine Spezifikation für alle Lebensversicherer:

Täter:	alle Vorstandsmitglieder aller Lebensversicherer seit 01.01.2004 bis heute
Tatvorwurf:	Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass kein Lebensversicherer nur einen Versicherten hatte: Betrug in besonders schwerem Fall nach § 263 (1), (2), (3) Nr. 2 StGB und Verletzung von Privatgeheimnissen nach § 203 (1) StGB
Tatzeit:	Zeitpunkt der elektronischen Meldung des Lebensversicherers an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse
Tatort/Örtlichkeit:	Firmensitz laut Eintrag im Handelsregister bzw. Sitz des Vorstandes
Zum Nachteil von:	Versicherter
Tatbestand:	Der Lebensversicherer gab sich gesetzeswidrig als Zahlstelle eines Versorgungsbezugs aus und meldete nach Ablauf der Lebensversicherung

(Versicherungsende) mit Bezugnahme auf §§ 202, 229 SGB V an die gesetzliche Krankenkasse des Versicherten, der Versicherte hätte einen einmalig ausgezahlten Versorgungsbezug erhalten.

Der Versicherer handelte bewusst vorsätzlich, denn er wusste unzweifelhaft,

1. dass der Versicherte keine Direktversicherung abgeschlossen hatte, sondern eine an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelte private Kapitallebensversicherung und
2. dass die Kapitalerlöse aus der privaten Kapitallebensversicherung des Versicherten keine Betriebsrente (Versorgungsbezug) sind.

Durch darauf folgende gesetzeswidrige Verbeitragung zur KV + PV durch die gesetzliche Krankenkasse haben die Versicherten einen Vermögensschaden von ca. 26 Milliarden Euro (Stand Ende 2018)

Beweismittel: Drei-Parteien-Verträge zwischen Lebensversicherer, Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Versicherter); vom Lebensversicherer lapidar „Versicherungsschein“ genannt. Ein oder mehrere Schreiben der Versicherer in der Auslaufphase des Lebensversicherungsvertrages. In welchen sie dem Versicherten abverlangt haben, er müsse zur Auszahlung des Kapital-Sparerlöses seine gesetzliche Krankenkasse an den Versicherer mitteilen.

Spezifische Spezifikationen für einige Lebensversicherer (zu erweitern durch alle Betrogene):

Täter: alle Vorstandsmitglieder der **Allianz Lebensversicherungs-AG**, Postfach, 10850 Berlin, seit 01.01.2004 bis heute (zu überprüfen; mindestens jedoch):

- Dr. Markus Faulhaber (Vors.)
- Katja de la Vina
- Dr. Alf Neumann
- Dr. Volker Priebe
- Aylin Somersan Coqui
- Dr. Thomas Wiesemann
- Dr. Andreas Wimmer

Tatvorwurf: Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Allianz Lebensversicherungs-AG nicht nur einen Versicherten hatte: **Betrug in besonders schwerem Fall nach § 263 (1), (2), (3) Nr. 2 StGB** und **Verletzung von Privatgeheimnissen nach § 203 (1) StGB**

Tatzeit: Elektronische Meldungen vom 28.01.2015 und 27.10.2015

Tatort/Örtlichkeit: Stuttgart

Zum Nachteil von: Dr. Arnd Rüter, Haydnstraße 5, 85591 Vaterstetten

Tatbestand: Die Allianz Lebensversicherungs-AG gab sich gesetzeswidrig als Zahlstelle eines Versorgungsbezugs aus und meldete nach Ablauf der Lebensversicherung (Versicherungsende) mit Bezugnahme auf §§ 202, 229 SGB V an die gesetzliche Krankenkasse des Versicherten, der Versicherte hätte einen einmalig ausgezahlten Versorgungsbezug erhalten.

Der Versicherer handelte bewusst vorsätzlich, denn er wusste unzweifelhaft,

1. dass der Versicherte keine Direktversicherung abgeschlossen hatte, sondern eine an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelte private Kapitallebensversicherung und
2. dass die Kapitalerlöse aus der privaten Kapitallebensversicherung des Versicherten keine Betriebsrente (Versorgungsbezug) sind.

Durch darauf folgende gesetzeswidrige Verbeitragung zur KV + PV durch die gesetzliche Krankenkasse werde ich nach 10 Jahren (2015 bis 2024) einen Vermögensschaden von ca. 18.000 Euro erlitten haben.

Beweismittel: (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [\[IG_K-KV_2301\]](#) bis [\[IG_K-KV_2314\]](#), [\[IG_K-KK_2330\]](#) bis [\[IG_K-KK_2352\]](#), [\[IG_K-SG_23308\]](#); <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/>)

Täter: alle Vorstandsmitglieder der **R+ V Lebensversicherung AG**, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, seit 01.01.2004 bis heute (zu überprüfen; mindestens jedoch):

- Claudia Andersch (Vors.)
- Jens Hasselbacher
- Tillmann Lukosch

- Julia Merkel
- Marc Rene Michallet
- Frank-Henning Florian (Vors.)
- Heinz-Jürgen Kallerhoff
- Hans-Christian Marschler
- Rainer Neumann
- Peter Weiler

Tatvorwurf: Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die R+ V Lebensversicherung AG nicht nur einen Versicherten hatte: **Betrug in besonders schwerem Fall nach § 263 (1), (2), (3) Nr. 2 StGB** und **Verletzung von Privatgeheimnissen nach § 203 (1) StGB**

Tatzeit: Elektronische Meldungen vom 28.12.2012, 26.04.2013 und 28.11.2013

Tatort/Örtlichkeit: Wiesbaden

Zum Nachteil von: Rudolf Mühlbauer, Camerloherstraße. 7, 85737 Ismaning

Tatbestand: Die R+ V Lebensversicherung AG gab sich gesetzeswidrig als Zahlstelle eines Versorgungsbezugs aus und meldete nach Ablauf der Lebensversicherung (Versicherungsende) mit Bezugnahme auf §§ 202, 229 SGB V an die gesetzliche Krankenkasse des Versicherten, der Versicherte hätte einen einmalig ausgezahlten Versorgungsbezug erhalten.

Der Versicherer handelte bewusst vorsätzlich, denn er wusste unzweifelhaft,

1. dass der Versicherte keine Direktversicherung abgeschlossen hatte, sondern eine an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelte private Kapitallebensversicherung und
2. dass die Kapitalerlöse aus der privaten Kapitallebensversicherung des Versicherten keine Betriebsrente (Versorgungsbezug) sind.

Durch darauf folgende gesetzeswidrige Verbeitragung zur KV + PV durch die gesetzliche Krankenkasse werde ich nach 10 Jahren (2013 bis 2022) einen Vermögensschaden von ca. 24.000 Euro erlitten haben.

Beweismittel: (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [\[IG_K-KV_2700\]](#) bis [\[IG_K-KV_2727\]](#), [\[IG_K-KK_2730\]](#) bis [\[IG_K-KK_2739\]](#), [\[IG_K-SG_27300\]](#), [\[IG_K-SG_27304\]](#); <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/>)