

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten DFV-KlinikSchutz

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Dieses Informationsblatt ist ein nicht abschließender Überblick über die von Ihnen gewählte Versicherung. Die vollständigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen sorgfältig durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

DFV-KlinikSchutz ist eine private stationäre Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist und seinen Wohnsitz in Deutschland hat.



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit.
- ✓ Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für
 - ✓ die Heilbehandlung,
 - ✓ die freie Krankenhaus- und Arztwahl,
 - ✓ die gesondert berechenbare Unterkunft im Krankenhaus,
 - ✓ die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung) sowie
 - ✓ weitere, nachfolgend näher beschriebene Leistungen:
 - ✓ Ersatzkrankhaustagegeld,
 - ✓ ambulante stationsersetzende Heilbehandlungen,
 - ✓ vor- und nachstationäre Behandlungen,
 - ✓ Rooming-In,
 - ✓ Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus,
 - ✓ Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel,
 - ✓ Krankentransporte im Inland,
 - ✓ Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen,
 - ✓ kosmetische Operationen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der vereinbarten Versicherungsleistungen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Kein Versicherungsschutz besteht für:
 - ✗ bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeordnete Behandlungen
 - ✗ bei Vertragsabschluss bestehende Gesundheitsschädigungen oder Krankheiten
 - ✗ teilstationäre Behandlungen,
 - ✗ eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterkunft,
 - ✗ Behandlungskosten von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger; der Anspruch auf das tarifliche Rehabilitations-Tagegeld bleibt davon unberührt,
 - ✗ Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
 - ✗ vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
 - ✗ Krankheiten infolge Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch,
 - ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
 - ✗ Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
 - ✗ verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen, wenn das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung überschritten wird oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht weltweit.



Welche Pflichten habe ich?

Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung:

- Die bei Antragstellung in Textform gestellten Fragen, z. B. im Rahmen einer Gesundheitsprüfung, müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Machen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung:

- Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.
- Auf unser Verlangen haben Sie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Sie haben uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.
- Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren.

Sie müssen die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen zahlen. Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig und werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu verantworten.

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z. B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit (bei Ende der Mitgliedschaft in einer deutschen GKV) oder durch Tod der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal zwölf Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

Kundeninformationsblatt

in der Fassung vom 01.12.2021

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit diesem Kundeninformationsblatt erhalten Sie allgemeine Informationen über die Deutsche Familienversicherung und Ihren Versicherungsvertrag. Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig.

1. Wer sind wir und wie können Sie uns erreichen?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der DFV Deutsche Familienversicherung AG, Reuterweg 47, 60323 Frankfurt am Main.

Unseren Kundenservice erreichen Sie Montag bis Freitag von 8.30 bis 19.00 Uhr.

**Rufnummer 069 95 86 969
Telefax 069 95 86 958
E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de**

Vertreten wird das Unternehmen durch den Vorstand Dr. Stefan M. Knoll (Vorsitzender), Dr. Karsten Paetzmann, Stephan Schinnenburg, Marcus Wollny. Aufsichtsratsvorsitzender ist Dr. Hans-Werner Rhein.

Sitz der Gesellschaft ist Frankfurt am Main, eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Frankfurt am Main unter HRB 78012.

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Vertrieb und die Verwaltung von Versicherungsverträgen für den privaten Bereich. Wir bieten vornehmlich Krankenzusatzversicherungen einschließlich der Pflegezusatzversicherungen als Ergänzung zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie private Schaden- und Unfallversicherungen an.

3. Welche Versicherungsbedingungen finden Anwendung und welche sind die wesentlichen Merkmale unserer Versicherungsleistung?

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungsschein

genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

Wir bieten private Krankenzusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Versicherungsfähig sind daher nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind.

Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren Hauptwohnsitz ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich nach Kenntnis der Wohnortverlegung eine verbindliche Zustelladresse innerhalb der Bundesrepublik Deutschland mitzuteilen.

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Anhang näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Beitrag Ihrer Versicherung?

Die Höhe des Beitrags ist abhängig von dem gewählten Versicherungsschutz und vom Lebensalter der versicherten Person. Den zu zahlenden Beitrag können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

Neben dem Beitrag fallen regelmäßig keine zusätzlichen Kosten für Sie an.

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

Sie können Ihre Beiträge, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zahlen.

Sie können bequem am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen oder einen von uns angebotenen elektronischen Bezahlendienst (PayPal, amazon pay) nutzen.

Der Beitrag gilt als bezahlt, wenn die entsprechenden Beträge auf unserem Konto eingegangen sind oder bei einem SEPA-Lastschriftmandat oder

elektronischem Bezahlendienst von dem Konto abgebucht werden konnten und der Abbuchung nicht widersprochen wird.

7. Welche Gültigkeitsdauer haben die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen?

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind unbefristet gültig, solange sie nicht durch neue Informationen wirksam ersetzt wurden. An konkrete, individualisierte Angebote zum Abschluss eines Versicherungsvertrages halten wir uns sechs Wochen gebunden, sofern im Einzelfall nichts anderes vereinbart wird.

8. Wie kommt der Versicherungsvertrag zustande?

Der Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und uns kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen. Je nach Vereinbarung nehmen Sie unser Angebot durch ausdrückliche Erklärung, Zahlung des Erstbeitrages oder durch Rücksendung vertragsrelevanter Unterlagen an. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des fälligen Erstbeitrages erfolgt ist.

9. Wann und wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Wir gewähren Ihnen eine Widerrufsfrist von zwei Monaten, obwohl der Gesetzgeber für diesen Fall lediglich eine Frist von 14 Tagen vorsieht. Mit Verlängerung dieser Widerrufsfrist haben wir für Sie eine besonders kundenfreundliche Regelung geschaffen, damit Sie in Ruhe Ihre Vertragserklärung überdenken können.

Anfang der Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Monaten ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis

geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung Ihres Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

Telefax 069 95 86 958

E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein vereinbarten Monatsbeitrages für jeden Tag des Bestehens des Versicherungsschutzes vom Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs bei uns. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und

dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form; b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer

anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechtes sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

10. Welche Laufzeit gilt für Ihren Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie sind bei uns damit an keine feste Vertragslaufzeit gebunden. Mit dieser kundenfreundlichen Regelung bieten wir Ihnen die Flexibilität, Ihren Versicherungsschutz jederzeit an Ihre geänderten Lebensumstände anzupassen.

11. Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen selbstverständlich zurück.

Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal 12 Monaten, längstens bis zum Ablauf des 30. Monats nach Versicherungsbeginn, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

12. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Für den Versicherungsvertrag und die Vertragsunterlagen einschließlich aller Informationen sowie der Kommunikation findet die deutsche Sprache Anwendung.

13. An wen kann ich mich bei Beschwerden oder Beanstandungen wenden?

Kundenzufriedenheit ist uns wichtig, dennoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass Sie Anlass zu einer Beschwerde sehen. In solchen Fällen können Sie sich gerne an den Vorstand der Deutschen Familienversicherung oder an folgende Stelle wenden:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
Telefon 0800 2 55 04 44
(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax 030 20 45 89 31
Internet www.pkv-ombudsmann.de

Die Möglichkeit, den ordentlichen Rechtsweg zu beschreiten, bleibt Ihnen trotz einer Beschwerde bei dem Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

Alle privaten Versicherungsunternehmen, die im Geltungsbereich des Versicherungsaufsichtsgesetzes die Privatversicherung betreiben und ihren Sitz in Deutschland haben, stehen unter staatlicher

Aufsicht. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
Telefon 0228 41 08 0
Telefax 0228 41 08 1550
Internet www.bafin.de
E-Mail poststelle@bafin.de

Bei Beschwerden steht Ihnen auch die Möglichkeit offen, sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

Versicherungsbedingungen

für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz

in der Fassung vom 01.09.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit
2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
3. Versicherungsbeiträge
4. Anpassung der Versicherungsbeiträge
5. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages
6. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge
7. Wartezeiten
8. Leistungseinschränkungen
9. Leistungsausschlüsse
10. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
11. Laufzeit des Versicherungsvertrages
12. Anpassung der Versicherungsbedingungen
13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
14. Geltungsbereich
15. Willenserklärungen und Anzeigen
16. Gerichtsstand
17. Anzuwendendes Recht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die Deutsche Familienversicherung gemeint.

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

DFV-KlinikSchutz ist eine private stationäre Krankenzusatzversicherung, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

Versicherungsfähig ist daher nur, wer in einer deutschen GKV versichert ist und seinen dauerhaften Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat. Ist die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert, entfällt die Versicherungsfähigkeit.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit.

Medizinisch notwendig ist eine Heilbehandlung, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung vertretbar ist, sie als notwendig anzusehen. Dies ist im Allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die versicherte Krankheit zu heilen oder zu lindern (Heilbehandlung). Unabhängig davon wird die medizinische Notwendigkeit der versicherten Heilbehandlung unterstellt, wenn die GKV bei einem Akut-Klinikaufenthalt allgemeine Krankenhausleistungen erbringt.

Je nach gewähltem Tarif (siehe Versicherungsschein) sind

- Gesundheitsschädigungen oder
- Gesundheitsschädigungen und schwere Krankheiten oder
- Gesundheitsschädigungen, schwere Krankheiten und alle Krankheiten

versichert.

Gesundheitsschädigungen nach diesem Vertrag sind die in dem Anhang unter der Überschrift „Versicherte Gesundheitsschädigungen“ nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) abschließend aufgeführten Gesundheitsschädigungen.

Schwere Krankheiten nach diesem Vertrag sind die im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Versicherte schwere Krankheiten“ nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) abschließend aufgeführten Krankheiten.

Alle Krankheiten sind solche Krankheiten, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zur Folge haben. Ungeachtet einer Krankheit erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die stationäre Untersuchung und Behandlung bei Schwangerschaften, bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikationen sowie bei Entbindungen.

Die Einstufung einer Krankheit nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) sowie die Festlegung des entsprechenden ICD-Codes hat durch den behandelnden, approbierten Arzt zu erfolgen.

Sofern die versicherte Krankheit erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher diagnostiziert werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Verdacht auf eine versicherte Krankheit für den Anspruch auf versicherte Leistungen bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose ausreichend. Stellt sich im Verlauf der Heilbehandlung heraus, dass keine der versicherten Krankheiten vorliegt, endet unsere Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

2.2. Vorleistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers

Basis unserer Erstattung ist der nach Abzug der Vorleistung einer GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende Eigenanteil.

Vorleistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und begründen alleine noch keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen aus diesem Versicherungsvertrag. Sie werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.

Wird eine Vorleistung nicht erbracht, ziehen wir pauschal 57,5 % der dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung ab.

2.3. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen im Versicherungsfall nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen nachstehende erstattungsfähige Aufwendungen.

2.3.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Alle Aufwendungen für versicherte Heilbehandlungen werden bis zu den festgesetzten Höchstsätzen (3,5facher Gebührensatz) der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Dies gilt auch für Heilbehandlungen im Ausland.

Reichen die Höchstsätze (3,5facher Gebührensatz) aufgrund besonderer medizinischer Schwierigkeiten nicht aus, kann eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart werden, die wir auch im vertraglichen Umfang bis zum 5,0fachen Gebührensatz erstatten, sofern diese den Bestimmungen der GOÄ bzw. GOZ entspricht und die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird. Dies gilt auch für Heilbehandlungen im Ausland, wenn wir es vor Beginn der stationären Heilbehandlung auf Ihre Anfrage hin in Textform zugesagt haben.

Wir übernehmen unter Berücksichtigung der Schwierigkeit des Einzelfalles und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung der Heilbehandlung auch eine über den 5,0fachen Gebührensatz hinausgehende Vergütung, wenn wir es vor Beginn der stationären Heilbehandlung auf Ihre Anfrage hin in Textform zugesagt haben.

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Versicherungsleistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Leistungsbearbeitung erfolgt, in Euro umgerechnet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlungsmaßnahme erfolgt ist.

2.3.2. Freie Krankenhaus- und Arztwahl

Sie können Ihr Krankenhaus frei wählen, soweit es unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt sowie gewerberechtlich zur Erbringung von Heilbehandlungen befugt ist.

Bei Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach dem vorstehenden Absatz erfüllen, werden im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen nur dann ersetzt, wenn wir dies vor Beginn der stationären Heilbehandlung in Textform zugesagt haben.

Wir leisten für erstattungsfähige Aufwendungen auch ohne vorherige Zusage, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
- es die einzige Krankenanstalt in der näheren Umgebung des Wohnortes der versicherten Person war oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige vollstationäre Behandlung erforderlich machte.

Ihnen steht die Wahl unter den approbierten Ärzten frei.

2.3.3. Gesondert berechenbare Unterkunft

Wir ersetzen die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft während einer stationären Heilbehandlungsmaßnahme je nach gewähltem Tarif (siehe Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen).

2.3.4. Gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen von z.B.

- Chefärzten,
- Belegärzten sowie
- Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

2.3.5. Ersatzkrankenhaustagegeld

Wir erstatten beim Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterkunft oder für den Fall, dass das Krankenhaus eine solche Leistung nicht anbietet, und bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen ein Ersatzkrankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Heilbehandlung je nach gewähltem Tarif (siehe Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen).

Dies gilt nicht im Falle von Entbindungen bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen.

2.3.6. Ambulante stationärer ersetzende Heilbehandlungen

Wir ersetzen die Aufwendungen auch bei ambulanten Heilbehandlungen, wenn dadurch eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung entfällt.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören:

- ambulante Vor- und Nachuntersuchungen,
- ärztliche Leistungen sowie
- Laboruntersuchungen.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Krankenhäusern frei.

2.3.7. Vor- und nachstationäre Behandlungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlungen, auch wenn diese im Auftrag eines Krankenhauses von einem niedergelassenen approbierten Arzt durchgeführt werden, soweit diese zur Klärung der Erforderlichkeit, zur Vorbereitung einer erstattungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung oder zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine erstattungspflichtige vollstationäre Heilbehandlung notwendig sind.

Der Versicherungsschutz für vorstationäre Behandlungen ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt.

Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung nicht überschreiten.

Bei Organübertragungen nach dem Transplantationsgesetz beträgt der Zeitraum drei Monate nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung.

2.3.8. Rooming-in

Tritt der Versicherungsfall bei einer bei uns versicherten minderjährigen Person ein, ersetzen wir die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Erziehungsberechtigten, der bei der minderjährigen versicherten Person im Krankenhaus übernachtet.

2.3.9. Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus

Wir ersetzen die Aufwendungen für die gesetzlichen Zuzahlungen je Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung.

2.3.10. Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel

Wir ersetzen die Aufwendungen für die Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel (z.B. Telefon, Internet und Fernsehgeräte), die von dem Krankenhaus in Rechnung gestellt werden, jedoch nicht die verbrauchsabhängigen Gebühren.

2.3.11. Krankentransporte im Inland

Wir ersetzen die Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankentransporte mit einem Rettungsfahrzeug im Inland zu und von einem für die

Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus im Rahmen einer vollstationären Heilbehandlung sowie Krankenfahrten von und zu ambulanten stations- ersetzenden Heilbehandlungen.

2.3.12. Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen

Wir zahlen bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Rehabilitationsmaßnahme ein Tagegeld bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Voraussetzung für den Anspruch auf Tagegeld ist, dass der vollstationären Rehabilitationsmaßnahme eine vollstationäre erstattungspflichtige Heilbehandlung vorausgegangen ist und die vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme binnen 14 Kalendertagen nach der Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung begonnen hat.

2.3.13. Kosmetische Operationen

Wir ersetzen die nachgewiesenen Aufwendungen für kosmetische Operationen bis zum vereinbarten Höchstbetrag, sofern hierfür eine versicherte Krankheit ursächlich war.

Die kosmetischen Operationen müssen innerhalb von 3 Jahren nach Ausheilung der hierfür ursächlichen Krankheit und während der Laufzeit des Versicherungsvertrages durchgeführt werden.

3. Versicherungsbeiträge

Der Beitrag richtet sich grundsätzlich nach dem Alter der versicherten Person.

Die Höhe des Beitrages ist - je nach Tarif - entweder über die Vertragslaufzeit nach Altersstufen gestaffelt oder es ist für die Dauer des Versicherungsvertrages das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

Ist der Beitrag nach Altersstufen gestaffelt und erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der entsprechend neue Beitrag zu zahlen.

Ist für den Beitrag allein das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich, ist die Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder eine Minderung der Versicherungsleistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ab Vollendung des 21. Lebensjahres für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zahlen Kinder und Jugendliche den Beitrag für die Altersgruppe 0-20 Jahre.

Mit Vollendung des 21. Lebensjahres findet einmalig eine Umstellung auf den Beitrag statt, der für das Eintrittsalter von 21 Jahren gilt.

Den zu zahlenden Versicherungsbeitrag können Sie dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnehmen.

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder bei häufigerer Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen durch die Versichertengemeinschaft, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich einerseits die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und andererseits die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird. Das Recht der täglichen Kündigungsmöglichkeit bleibt unberührt.

5. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

5.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

5.2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz und das erste Versicherungsjahr beginnen zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn.

Unabhängig davon besteht jedoch kein Versicherungsschutz, solange der Erstbeitrag nicht gezahlt wurde, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Erstbeitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unserem Konto eingegangen ist oder im Falle eines erteilten SEPA-Lastschriftmandates von dem vereinbarten Konto abgebucht werden konnte und der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

Im Falle der Kindernachversicherung im Sinne von § 198 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gilt eine Vorversicherungszeit von 3 Monaten.

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

6. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

6.1. Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind, je nach vereinbarter Zahlungsweise, jeweils monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn fällig.

6.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist von zwei Wochen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen Kosten (z.B. Mahnkosten, Rücklastschriftgebühren) geltend zu machen.

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der rückständigen Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug und tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich kündigen, wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug sind.

Haben wir den Versicherungsvertrag außerordentlich gekündigt und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung die angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten, besteht der Versicherungsvertrag weiter. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

7. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht. Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag können sofort mit Versicherungsbeginn in Anspruch genommen werden, sofern alle in diesem Versicherungsvertrag genannten Voraussetzungen zur Erlangung von Versicherungsschutz erfüllt sind.

8. Leistungseinschränkungen

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Versicherungsleistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir die Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für Heilbehandlungen oder sonstigen Maßnahmen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

9. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für

- bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen,
- bei Vertragsabschluss bestehende Gesundheitsschädigungen oder Krankheiten,
- teilstationäre Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterkunft,
- Behandlungskosten von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaß-

nahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger; der Anspruch auf das tarifliche Rehabilitations-Tagegeld bleibt davon unberührt,

- Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- Krankheiten infolge von vorsätzlichem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch,
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
- verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.

Ebenfalls kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder Reiseverwarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reiseverwarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird.

Terroristische Anschläge zählen nicht als Kriegsereignisse.

10. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1. Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag prüfen können, müssen Sie unsere Fragen nach gefahrerheblichen Umständen (z.B. Gesundheitsfragen), die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellt werden, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Gefahrerheblich sind alle Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Verletzen Sie die Anzeigepflicht vor Vertragsabschluss, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Erfolgt der Rücktritt von dem Versicherungsvertrag nach Eintritt des Versicherungsfalles, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir auch in diesem Fall nicht zur Leistung verpflichtet.

10.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.

Auf unser Verlangen haben Sie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Sie haben uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person, die Behandlungsdaten sowie die durchgeführten Leistungen ergeben.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Die Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.

Einen Erstattungsanspruch gegen einen anderen privaten Versicherer wegen derselben Heilbehandlungsmaßnahme haben Sie uns in dem Umfang abzutreten, wie wir hierfür erstattungsfähige Aufwendungen ersetzt haben. Sie haben uns alle für die Geltendmachung des Anspruchs erforderlichen Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen.

Verletzen Sie eine Obliegenheit vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheiten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

11. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

12. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich, ohne Einhaltung einer Frist, in Textform zu kündigen.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Sind mehrere Personen in einem Vertrag versichert, so können Sie Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem der Leistungsanspruch geltend gemacht wurde. Sie endet nach Ablauf von 12 Monaten, spätestens jedoch mit Ablauf des 30. Monats - auch im Falle eines Tarifwechsels - nach Vertragsbeginn. Nach Ablauf der Sperrzeit können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen.

Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u.a. wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

13.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

Der Versicherungsvertrag endet, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod in Textform abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – der Versicherungsschutz.

14. Geltungsbereich

Wir bieten Ihnen weltweiten Versicherungsschutz für die in diesen Versicherungsbedingungen genannten Leistungen.

15. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen mindestens der Textform (z.B. per E-Mail), können aber auch schriftlich (z.B. per Brief) abgegeben werden.

16. Gerichtsstand

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben, oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz, zuständig.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

17. Anzuwendendes Recht

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, auch wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen
für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz
in der Fassung vom 01.09.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
2. Versicherungsbeiträge
3. Übersicht - Versicherte Gesundheitsschädigungen
4. Übersicht - Versicherte schwere Krankheiten
5. Abschließende Auflistung - Versicherte Gesundheitsschädigungen
6. Abschließende Auflistung - Versicherte schwere Krankheiten
7. Gesundheitsfrage

1. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit erbringen wir nach Maßgabe der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen folgende Leistungen:

1.1 Überblick

Anspruch auf Versicherungsleistungen	DFV-KlinikSchutz			
	Basis	Komfort	Premium	Exklusiv
Bei Gesundheitsschädigungen	✓	✓	✓	✓
Bei schweren Krankheiten	☒	✓	✓	✓
Bei allen Krankheiten	☒	☒	✓	✓
Gesondert berechenbare Unterkunft	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
DFV-KlinikSchutz Assistance	✓	✓	✓	✓
DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance	☒	☒	☒	✓

1.2 Versicherungsleistungen

Der gewählte Tarif entscheidet darüber, welche Gesundheitsschädigung oder Krankheit (Gesundheitsschädigungen, schwere Krankheiten oder alle Krankheiten) versichert ist.

Versicherungsleistungen	
Heilbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> • 3,5facher Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte • 5,0facher Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten bei Leistungserbringung in Deutschland • 5,0facher Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten bei Leistungserbringung im Ausland nach vorheriger Zusage in Textform • über 5,0fachen Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten nach vorheriger Zusage in Textform 	100 %
Freie Krankenhaus- und Arztwahl	100 %
Gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen <ul style="list-style-type: none"> • Chefarztbehandlungen oder belegärztliche Leistungen • Beleghebamme und Belegentbindungspfleger 	100 %
Ersatzkrankenhaustagegeld <ul style="list-style-type: none"> • Verzicht auf versicherte gesondert berechenbare Unterkunft • Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen • Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft und gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen 	40 Euro 60 Euro 100 Euro
<p>Im DFV-KlinikSchutz Basis, Komfort und Exklusiv ersetzen wir beim Verzicht auf die Unterkunft im Einbettzimmer zusätzlich die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.</p> <p>Wird in der Tarifvariante DFV-KlinikSchutz Premium die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.</p>	
Ambulante stationersetzende Heilbehandlungen	100 %
Vor- und nachstationäre Behandlungen	100 %
Rooming-in Unterkunft eines Erziehungsberechtigten im Krankenhaus während eines stationären Aufenthaltes einer minderjährigen versicherten Person	100 %
Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus bei vollstationären Heilbehandlungen	10 Euro, max. 28 Tage
Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel	100 %
Krankentransporte im Inland	100 %
Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen je Versicherungsjahr	100 Euro, max. 21 Tage
Kosmetische Operationen aufgrund versicherter Krankheiten	max. 10.000 Euro

Auslandsreise-Krankenversicherung

- Ärztliche, zahnärztliche oder stationäre Akutversorgung im Ausland
- Krankenrücktransporte aus dem Ausland
- Überführungskosten aus dem Ausland
- Bestattungskosten im Ausland (max. in Höhe vergleichbarer Überführungskosten)

✓

2. Versicherungsbeiträge

2.1 Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Basis

Im Tarif DFV-KlinikSchutz Basis steigt der Beitrag mit zunehmendem Alter. Ein neuer Beitrag wird ab Beginn des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die versicherte Person das entsprechende Alter erreicht.

Altersstufe	Monatsbeitrag DFV-KlinikSchutz Basis
bis 20 Jahre	5,06 EUR
21 - 30 Jahre	4,60 EUR
31 - 50 Jahre	3,99 EUR
51 - 60 Jahre	5,76 EUR
61 - 70 Jahre	8,99 EUR
71 - 80 Jahre	16,52 EUR
ab 81 Jahre	27,75 EUR

2.2 Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv

Die Beiträge in den Tarifen DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv steigen ab Vollendung des 21. Lebensjahres nicht mehr mit zunehmendem Alter. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zahlen Kinder und Jugendliche den Beitrag für die Altersgruppe 0 - 20. Mit Vollendung des 21. Lebensjahres findet einmalig eine Umstellung auf den Beitrag statt, der für das Eintrittsalter von 21 Jahren gilt.

3. Übersicht - Versicherte Gesundheitsschädigungen

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen nur einen Überblick über die verschiedenen Kategorien der Gesundheitsschädigungen. Die vollständige Liste der versicherten Gesundheitsschädigungen entnehmen Sie bitte der „Abschließenden Auflistung – Versicherte Gesundheitsschädigungen“. Diese abschließende Auflistung ist allein für die Beurteilung einer Gesundheitsschädigung als versicherte Gesundheitsschädigung maßgeblich.

ICD-Code (Gruppe)	Diagnose
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen n. n. bez. Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktiven Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T79	Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen
T80-T89	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

Die versicherten Gesundheitsschädigungen werden nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (kurz: ICD-10, Version 2016) durch die entsprechenden ICD-10 Codes (Diagnoseschlüssel) definiert. Eine abschließende Auflistung der versicherten Gesundheitsschädigungen nach ICD-10, Version 2016, finden Sie am Ende des Anhangs.

4. Übersicht – Versicherte schwere Krankheiten

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen nur einen Überblick über die verschiedenen Kategorien der versicherten schweren Krankheiten. Die vollständige Liste der je nach Tarif versicherten schweren Krankheiten entnehmen Sie bitte der „Abschließenden Auflistung – Versicherte schwere Krankheiten“. Diese abschließende Auflistung ist allein für die Beurteilung einer Krankheit als versicherte schwere Krankheit maßgeblich.

ICD-Code (Gruppe)	Diagnose
A87	Virusmeningitis
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
G00 - G03	Meningitis (Hirnhautentzündung)
G04 - G05*	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis *Diagnoseschlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden
G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
G80 - G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
I05 - I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I20 - I22	Angina pectoris, akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
I42	Kardiomyopathie
I50	Herzinsuffizienz
I63 - I64	Hirnfarkt oder Schlaganfall
I71 - I72	Aortenaneurysma und -dissektion, sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
N17 - N19	Akutes Nierenversagen, chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

Die versicherten schweren Krankheiten werden nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (kurz: ICD-10, Version 2016) durch die entsprechenden ICD-10 Codes (Diagnoseschlüssel) definiert. Eine abschließende Auflistung der versicherten schweren Krankheiten nach ICD-10, Version 2016, finden Sie am Ende des Anhangs.

Alle Krankheiten

Jede Krankheit, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zur Folge hat. Ungeachtet einer Krankheit erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die stationäre Untersuchung und Behandlung bei Schwangerschaften, bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikationen sowie bei Entbindungen.

5. Abschließende Auflistung der versicherten Gesundheitsschädigungen nach ICD-10, Version 2016

Als Gesundheitsschädigungen, die unter den Versicherungsschutz fallen, gelten ausschließlich die nachfolgenden genannten und durch den jeweiligen ICD-Code definierten Gesundheitsschädigungen.

ICD-Code (Gruppe)	Detaillierung
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
	S00 Oberflächliche Verletzung des Kopfes
	S01 Offene Wunde des Kopfes
	S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen
	S03 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes
	S04 Verletzung von Hirnnerven
	S05 Verletzung des Auges und der Orbita
	S06 Intrakranielle Verletzung
	S07 Zerquetschung des Kopfes
	S08 Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes
	S09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
	S10 Oberflächliche Verletzung des Halses
	S11 Offene Wunde des Halses
	S12 Fraktur im Bereich des Halses
	S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe
	S14 Verletzung der Nerven und des Rückenmarks in Halshöhe
	S15 Verletzung von Blutgefäßen in Halshöhe
	S16 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe
	S17 Zerquetschung des Halses
	S18 Traumatische Amputation in Halshöhe
	S19 Sonst. und n.n.bez. Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
	S20 Oberflächliche Verletzung des Thorax
	S21 Offene Wunde des Thorax
	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums u.d. Brustwirbelsäule
	S23 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich des Thorax
	S24 Verletzung der Nerven und des Rückenmarks in Thoraxhöhe
	S25 Verletzung von Blutgefäßen des Thorax
	S26 Verletzung des Herzens
	S27 Verletzung sonstiger u. n. n. bez. intrathorakaler Organe
	S28 Zerquetschung des Thorax und traumatische Amputation von Teilen des Thorax
	S29 Sonstige und n. n. bez. Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	S30 Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S31 Offene Wunde des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	S33 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	S34 Verletzung der Nerven u. des lumbalen Rückenmarks in Höhe des Abdomens, d. Lumbosakralgegend u. des Beckens
	S35 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S36 Verletzung von intraabdominalen Organen
	S37 Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane
	S38 Zerquetschung und traumatische Amputation von Teilen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S39 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	S40 Oberflächliche Verletzung der Schulter u. d. Oberarmes
	S41 Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes
	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
	S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
	S44 Verletzung v. Nerven in Höhe d.Schulter u. d. Oberarmes
	S45 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
	S46 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
	S47 Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes
	S48 Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm
	S49 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	S50 Oberflächliche Verletzung des Unterarmes
	S51 Offene Wunde des Unterarmes
	S52 Fraktur des Unterarmes
	S53 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens
	S54 Verletzung von Nerven in Höhe des Unterarmes
	S55 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterarmes
	S56 Verletzung v. Muskeln u. Sehnen i. Höhe des Unterarmes
	S57 Zerquetschung des Unterarmes
	S58 Traumatische Amputation am Unterarm
	S59 Sonst. und n. n. bez. Verletzungen des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	S60 Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes u. d. Hand
	S61 Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand
	S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
	S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S64 Verletzung v. Nerven i. Höhe d. Handgelenkes u.d. Hand
	S65 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S66 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S67 Zerquetschung des Handgelenkes und der Hand
	S68 Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand
	S69 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	S70 Oberflächliche Verletzung der Hüfte u. d. Oberschenkels
	S71 Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels
	S72 Fraktur des Femurs

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	S73 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte
	S74 Verletzung von Nerven in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S75 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S76 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S77 Zerquetschung der Hüfte und des Oberschenkels
	S78 Traumatische Amputation an Hüfte und Oberschenkel
	S79 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	S80 Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
	S81 Offene Wunde des Unterschenkels
	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
	S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
	S84 Verletzung von Nerven in Höhe des Unterschenkels
	S85 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterschenkels
	S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
	S87 Zerquetschung des Unterschenkels
	S88 Traumatische Amputation am Unterschenkel
	S89 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	S90 Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes
	S91 Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes
	S92 Fraktur des Fußes (ausgenommen oberes Sprunggelenk)
	S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes
	S94 Verletzung v.Nerven in Höhe des Knöchels u.d. Fußes
	S95 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Knöchels und des Fußes
	S96 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Knöchels und des Fußes
	S97 Zerquetschung des oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes
	S98 Traumatische Amputation am ober. Sprunggelenk u. Fuß
	S99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T00 Oberflächliche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T01 Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T02 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T03 Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T04 Zerquetschungen mit Beteiligung mehr. Körperregionen
	T05 Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T06 Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, a.n.k.
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen
T08-T14	Verletzungen n. n. bez. Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
	T08 Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet
	T09 Sonstige Verletzungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet
	T10 Fraktur der oberen Extremität, Höhe n.n.bez.
	T11 Sonst. Verletzungen d. oberen Extremität, Höhe n.n.bez.
	T12 Fraktur der unteren Extremität, Höhe n.n.bez.
	T13 Sonst. Verletzungen der unteren Extremität, Höhe n.n.bez.
	T14 Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
	T15 Fremdkörper im äußeren Auge
	T16 Fremdkörper im Ohr
	T17 Fremdkörper in den Atemwegen
	T18 Fremdkörper im Verdauungstrakt
	T19 Fremdkörper im Urogenitaltrakt
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
	T20 Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses
	T21 Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes
	T22 Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
	T23 Verbrennung od. Verätzung des Handgelenkes u.d. Hand
	T24 Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
	T25 Verbrennung od. Verätzung der Knöchelregion u.d. Fußes
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
	T26 Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde
	T27 Verbrennung oder Verätzung der Atemwege
	T28 Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe
T29-T32!	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und n. n. bez. Körperregionen
	T29 Verbrennungen od. Verätzungen mehrerer Körperregionen
	T30 Verbrennung oder Verätzung, Körperregion nicht näher bezeichnet
	T31! Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche ! = Solche Schlüsselnummern dürfen nur zusätzlich zu einer nicht derart markierten Schlüsselnummer benutzt werden.
	T32! Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
T33-T35	Erfrierungen
	T33 Oberflächliche Erfrierung
	T34 Erfrierung mit Gewebsnekrose
	T35 Erfrierung mit Beteiligung mehrerer Körperregionen und nicht näher bezeichnete Erfrierung
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktiven Substanzen
	T36 Vergiftung durch systemisch wirkende Antibiotika
	T37 Vergiftung durch sonstige systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika
	T38 Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten, a.n.k.
	T39 Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
	T40 Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene)
	T41 Vergiftung durch Anästhetika und therapeutische Gase
	T42 Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, a.n.k.
	T44 Vergiftung durch primär auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel
	T45 Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, a.n.k.
	T46 Vergiftung durch primär auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Mittel
	T47 Vergiftung durch primär auf den Magen-Darmtrakt wirkende Mittel
	T48 Vergiftung durch primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungssystem wirkende Mittel

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	T49 Vergift. d.prim.a.Haut u.Schleimhäute wirk. u.i.d. Augen-, Hals-Nasen-Ohren- u.d. Zahnheilk. angew. Mittel z. top. Anw.
	T50 Vergiftung durch Diuretika und sonstige und n.n. bez. Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
	T51 Toxische Wirkung von Alkohol
	T52 Toxische Wirkung von organischen Lösungsmitteln
	T53 Toxische Wirkung von halogenierten aliphatischen und aromatischen Kohlenwasserstoffen
	T54 Toxische Wirkung von ätzenden Substanzen
	T55 Toxische Wirkung von Seifen und Detergenzien
	T56 Toxische Wirkung von Metallen
	T57 Toxische Wirkung von sonst. anorganischen Substanzen
	T58 Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid
	T59 Toxische Wirkung sonst.Gase, Dämpfe od. sonst. Rauches
	T60 Toxische Wirkung von Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestiziden)
	T61 Toxische Wirkung schädlicher Substanzen, die mit essbaren Meerestieren aufgekommen wurden
	T62 Toxische Wirkung sonstiger schädlicher Substanzen, die mit der Nahrung aufgekommen wurden
	T63 Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren
	T64 Toxische Wirkung von Aflatoxin und sonstigem Mykotoxin in kontaminierten Lebensmitteln
	T65 Toxische Wirkung sonstiger und n. n. bez. Substanzen
T66-T79	Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen
	T66 N. n. bez. Schäden durch Strahlung
	T67 Schäden durch Hitze und Sonnenlicht
	T68 Hypothermie
	T69 Sonstige Schäden durch niedrige Temperatur
	T70 Schäden durch Luft- und Wasserdruck
	T71 Erstickung
	T73 Schäden durch sonstigen Mangel
	T74 Missbrauch von Personen
	T75 Schäden durch sonstige äußere Ursachen
	T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, a.n.k.
	T79 Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, a.n.k.
T80-T89	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
	T80 Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
	T81 Komplikationen bei Eingriffen, a.n.k.
	T82 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
	T83 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
	T85 Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
	T86 Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
	T87 Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	T88 Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
	T89 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
	T90 Folgen von Verletzungen des Kopfes
	T91 Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes
	T92 Folgen von Verletzungen der oberen Extremität
	T93 Folgen von Verletzungen der unteren Extremität
	T94 Folgen von Verletzungen mehrerer oder nicht näher bezeichneter Körperregionen
	T95 Folgen von Verbrennungen, Verätzungen od. Erfrierungen
	T96 Folgen einer Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und
	T97 Folgen toxischer Wirkungen von vorwiegend nicht
	T98 Folgen sonstiger u. n. n. bez. Wirkung äußerer Ursachen

a.n.k. = anderenorts nicht klassifiziert

6. Abschließende Auflistung der versicherten schweren Krankheiten nach ICD-10, Version 2016

Als schwere Krankheiten, die je nach gewähltem Tarif unter den Versicherungsschutz fallen, gelten ausschließlich die nachfolgenden genannten und durch den jeweiligen ICD-Code definierten Krankheiten.

ICD-Code (Gruppe)	Detaillierung
A87	Virusmeningitis
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
	C00 Bösartige Neubildung der Lippe
	C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
	C02 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
	C03 Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
	C04 Bösartige Neubildung des Mundbodens
	C05 Bösartige Neubildung des Gaumens
	C06 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
	C07 Bösartige Neubildung der Parotis
	C08 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
	C09 Bösartige Neubildung der Tonsille
	C10 Bösartige Neubildung des Oropharynx
	C11 Bösartige Neubildung des Nasopharynx
	C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
	C13 Bösartige Neubildung des Hypopharynx
	C14 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
	C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus
	C16 Bösartige Neubildung des Magens
	C17 Bösartige Neubildung des Dünndarmes
	C18 Bösartige Neubildung des Kolons
	C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
	C20 Bösartige Neubildung des Rektums
	C21 Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
	C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
	C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase
	C24 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas
	C26 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane
	C30 Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
	C31 Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
	C32 Bösartige Neubildung des Larynx
	C33 Bösartige Neubildung der Trachea
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
	C37 Bösartige Neubildung des Thymus
	C38 Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
	C39 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
	C40 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
	C41 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

Fortsetzung der versicherten schweren Krankheiten

C43	Bösartiges Melanom der Haut
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45	Mesotheliom
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]
C47	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C51	Bösartige Neubildung der Vulva
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weibl. Genitalorgane
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60	Bösartige Neubildung des Penis
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62	Bösartige Neubildung des Hodens
C63	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männl. Genitalorgane
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C69	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenhangsgebilde
C70	Bösartige Neubildung der Meningen
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74	Bösartige Neubildung der Nebenniere
C75	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
C82	Follikuläres Lymphom
C83	Nicht follikuläres Lymphom
C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C91	Lymphatische Leukämie
C92	Myeloische Leukämie
C93	Monozytenleukämie

Fortsetzung der versicherten schweren Krankheiten

	C94 Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
	C95 Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
	C96 Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
	C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
G00 - G03	Meningitis (Hirnhautentzündung)
	G00 Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert
	G01* Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten * Diagnoseschlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden
	G02* Meningitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
	G03 Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
G04 - G05*	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
	G04 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
	G05* Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei andernorts klassifizierten Krankheiten
G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
G80 - G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
	G80 Infantile Zerebralparese
	G81 Hemiparese und Hemiplegie
	G82 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
	G83 Sonstige Lähmungssyndrome
I05 - I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
	I05 Rheumatische Mitralklappenkrankheiten
	I06 Rheumatische Aortenklappenkrankheiten
	I07 Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
	I08 Krankheiten mehrerer Herzklappen
	I09 Sonstige rheumatische Herzkrankheiten
I20 - I22	Angina pectoris, akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
	I20 Angina pectoris
	I21 Akuter Myokardinfarkt
	I22 Rezidivierender Myokardinfarkt
I42	Kardiomyopathie
I50	Herzinsuffizienz
I63 - I64	Hirnfarkt oder Schlaganfall
	I63 Hirnfarkt
	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I71 - I72	Aortenaneurysma und -dissektion, sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
	I71 Aortenaneurysma und -dissektion
	I72 Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
N17 - N19	Akutes Nierenversagen, chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
	N17 Akutes Nierenversagen
	N18 Chronische Nierenkrankheit
	N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

7. Gesundheitsfrage

Die DFV Deutsche Familienversicherung hat dem/der Versicherungsnehmer/in vor der Abgabe seiner Vertragserklärung die nachstehende Gesundheitsfrage in Textform gestellt, die von dem/der Antragsteller/in und/oder der versicherten Person mit „Nein“ beantwortet wurde.

Hat die zu versichernde Person

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt, das Down-Syndrom, sind bei ihr Operationen, Reha-Maßnahmen oder stationäre Behandlungen vorgesehen oder angeraten, stehen noch Untersuchungsergebnisse aus oder besteht bei ihr eine Schwangerschaft

oder bestand bei der zu versichernden Person in den letzten fünf Jahren eine der nachfolgenden Erkrankungen oder deren Folgen:

- **Erkrankungen des Nerven-Systems, der Psyche, des Gehirns, der Netzhaut oder des Sehnervs**

Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Angststörung, Apallisches Syndrom, Autismus, Anpassungs- oder Belastungsstörung, Burn-Out, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Erschöpfungszustand, Essstörung, Gehirnblutung, Hypochondrische Störung, Kinderlähmung, Koma, Lähmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung sowie Schädigung des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Phobische Störung, Pick-Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Multiples Beschwerde Syndrom, Neurasthenie, neurotische Störung, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlafapnoe, Schlaganfall, Somatisierungsstörung, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankung (z.B. Alkoholismus, Medikamenten-, Spiel- oder Drogensucht), Wahnhafte Störung, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Zwangsstörung

- **Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen**

Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, Bypass, Arterienverkalkung, Embolien, Hämophilie (Bluterkrankheit), Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Zucker), Sichelzellenanämie, Hämolytische Anämie

- **Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion**

Asthma bronchiale, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge oder Bronchien, HIV-Infektion, Immundefekte, Mukoviszidose, Organ- oder Gewebetransplantation, Sarkoidose, Lebererkrankungen, Hepatitis B oder C, Nierenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

- **Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates**

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

- **Tumorerkrankungen**

Gutartiger Tumor des Gehirns, bösartiger Tumor, Krebserkrankung des Blut- oder Lymphsystems?

Ist die zu versichernde Person 65 Jahre oder älter, wurde noch folgende Zusatzfrage gestellt und ebenfalls mit „Nein“ beantwortet:

Trägt die zu versichernde Person ein Körperersatzstück, eine Prothese, Gefäßstütze (z.B. Stent) oder einen Herzschrittmacher oder benötigt sie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Hilfestellung oder Hilfsmittel beim An- und Ausziehen, Essen, Gehen oder Treppensteigen, wie z. B. Gehhilfen, Unterarmstützen, Treppenlift, Rollator oder Rollstuhl)?

DFV-KlinikSchutz Assistance

Für schnelle Hilfe rund um die Uhr unter 069 95 86 99 48

Mit der DFV-KlinikSchutz Assistance bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung im Falle einer versicherten Krankheit eine 24-Stunden-Hotline zu folgenden Themen:

Individuelle medizinische Informationen	✓
Erläuterung von Diagnosen und deren Behandlungsmöglichkeiten	✓
Telefonische Zweitmeinung innerhalb Deutschlands	✓
Benennung von stationären Behandlungseinrichtungen im In- und Ausland	✓
Benennung von Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung in Deutschland	✓
Organisation einer Klinikaufnahme innerhalb Deutschlands	✓
Organisation von Kranken- und Verlegungstransporten innerhalb Deutschlands	✓
OP-Manager innerhalb Deutschlands	✓
Organisation von Krankenrücktransporten aus dem Ausland	✓
Organisation von Überführungen des Verstorbenen aus dem Ausland	✓
Organisation von Bestattungen des Verstorbenen im Ausland	✓
Organisation von Arzt-Arzt-Gespräche im In- und Ausland	✓

Die DFV-KlinikSchutz Assistance besteht nur in Verbindung mit einer aktiven stationären Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz und gilt nur, wenn sie im Versicherungsschein vereinbart ist. Die Inanspruchnahme der DFV-KlinikSchutz Assistance ist nur in Bezug auf die im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz versicherten Personen und Risiken zulässig.

Ein Anspruch auf die Assistance-Leistungen besteht nicht, wenn kein Versicherungsschutz im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz besteht. Dies gilt auch in Fällen der Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Beiträge oder bei einer schuldhaften Obliegenheitsverletzung. Der Anspruch auf die Assistance-Leistungen erlischt mit Beendigung der stationären Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz.

Der DFV-KlinikSchutz Assistance liegen ergänzend die Versicherungsbedingungen für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz in der Fassung vom 01.06.2016 zugrunde.

DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance

Für schnelle Hilfe rund um die Uhr unter 069 95 86 9 67

Mit der DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung nach Meldung einer erstmalig nach Vertragsschluss diagnostizierten schweren Krankheit folgende Leistungen:

Unser Serviceversprechen: Termin zur Erstvorstellung bei einem spezialisierten Facharzt für die schwere Krankheit innerhalb von 5 Werktagen (Montag – Freitag)	✓
Ausgleichszahlung bei Nichteinhaltung des Serviceversprechens, 1.000 EUR pro Werktag, max. 5.000 EUR	✓
Erstattung der Fahrt- oder Beförderungs- sowie Übernachtungskosten der versicherten Person und ihrer nahen Angehörigen bis zu 1.000 EUR	✓
Erstattung der Kinderbetreuungskosten bis zu 2.000 EUR	✓

Die DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance besteht nur in Verbindung mit einer bei uns abgeschlossenen und aktiven stationären Krankenzusatzversicherung **DFV-KlinikSchutz Exklusiv** und gilt nur, wenn sie im Versicherungsschein vereinbart ist.

Ein Anspruch auf die DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance-Leistungen besteht nicht, wenn kein Versicherungsschutz im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung **DFV-KlinikSchutz Exklusiv** besteht. Dies gilt auch in Fällen der Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Beiträge oder bei einer schuldhaften Obliegenheitsverletzung. Der Anspruch auf die DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance-Leistungen erlischt mit Beendigung der stationären Krankenzusatzversicherung **DFV-KlinikSchutz Exklusiv**.

Der DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance liegen ergänzend die Versicherungsbedingungen für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz in der Fassung vom 01.06.2016 zugrunde.

Unser Serviceversprechen

Wir vermitteln Ihnen nach Eintritt einer erstmalig nach Vertragsschluss diagnostizierten schweren Krankheit (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.06.2016) einen Termin zur Erstvorstellung in einem Krankenhaus der Asklepios Kliniken GmbH in Deutschland durch einen von dort für Ihre Krankheit benannten spezialisierten Facharzt innerhalb von 5 Werktagen (Montag bis Freitag).

Das Serviceversprechen ist uns gegenüber geltend zu machen. Die Frist beginnt am darauffolgenden Werktag. Sie gilt nicht in Fällen höherer Gewalt (z. B. Streik, Naturkatastrophen, Erkrankung des benannten Facharztes).

Der Termin zur Erstvorstellung gilt als vermittelt, wenn er Ihnen mitgeteilt wurde.

Wir übernehmen keine Haftung für die Auswahl des benannten Facharztes und die durch diesen durchgeführten Heilbehandlungsmaßnahmen.

Ausgleichszahlung bei Nichteinhaltung unseres Serviceversprechens

Für jeden Werktag, der über unser Serviceversprechen hinausgeht, erstatten wir Ihnen pauschal 1.000 EUR pro Werktag der Überschreitung, insgesamt max. 5.000 EUR je schwerer Krankheit.

Fahrt- oder Beförderungs- sowie Übernachtungskosten

Wir erstatten Ihnen 100% der nachgewiesenen Fahrt- oder Beförderungs- sowie Übernachtungskosten der versicherten Person und ihrer nahen Angehörigen von ihrem gewöhnlichen Wohnort zur Erstvorstellung in dem ausgewählten Krankenhaus der Asklepios Kliniken GmbH und zurück, max. 1.000 EUR je schwerer Krankheit.

Als **nahe Angehörige** der versicherten Person gelten folgende verwandte und verschwägerte Personen:

- Ehegatten und Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft,
- Kinder und Enkelkinder,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners und eigene Pflegekinder,
- Großeltern, Eltern, Geschwister, Schwägerin und Schwager sowie
- Schwiegereltern, Stiefeltern und Schwiegerkinder.

Nicht dazu gehören Urgroßeltern/Urenkel, Onkel/Tante, Neffen/Nichten, nicht eheähnliche Partner / bloße Freundschaften, Nachbarn oder sonstige Personen.

Kinderbetreuungskosten

Wir erstatten Ihnen 100% der nachgewiesenen Kosten für die Betreuung des oder der Kinder der versicherten Person, die aufgrund der Abwesenheit der versicherten Person für die Dauer der Erstvorstellung oder der Begleitung oder des Besuchs durch den Ehegatten, den Lebenspartner oder den Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft in dem ausgewählten Krankenhaus der Asklepios Kliniken GmbH notwendig wurden, max. 2.000 EUR je schwerer Krankheit.

Als **Kinder** der versicherten Person gelten:

- eigene Kinder,
- Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie
- eigene Pflegekinder.

DFV-Garantien

Wir geben Ihnen mehr als nur ein Versprechen

Mit Abschluss der stationären Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz bietet die Deutsche Familienversicherung folgende Garantien:

<p>DFV-ZufriedenheitsGarantie – mehr Sicherheit und Flexibilität</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlängerte Widerrufsfrist: Zwei Monate statt der gesetzlich vorgeschriebenen 14 Tage - Tägliches Kündigungsrecht bei Leistungsfreiheit* 	✓
<p>DFV-FürsorgeGarantie** – voller Versicherungsschutz trotz Beitragsbefreiung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit - Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit 	✓
<p>DFV-SchnellregulierungsGarantie – schnelle Auszahlung der Versicherungsleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulierung Ihrer Leistungsansprüche innerhalb von 48 Stunden nach Vorliegen aller relevanten Unterlagen 	✓

* Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten, maximal bis zum Ablauf des 30. Monats nach Versicherungsbeginn, ausgeschlossen (Sperrzeit).

** Es gelten die Bedingungen der DFV-FürsorgeGarantie auf der Rückseite.

Der Anspruch auf Leistungen aus den DFV-Garantien erlischt mit Beendigung der zugrundeliegenden stationären Krankenversicherung DFV-KlinikSchutz.

DFV-FürsorgeGarantie

in der Fassung vom 01.12.2012

1. Wann werden Sie von der Bezahlung der Versicherungsbeiträge befreit?

Soweit für eine bei uns abgeschlossene Versicherung zugesagt, befreien wir Sie auf Antrag und nach Maßgabe dieser Garantie von Ihrer Verpflichtung, die Beiträge für die betroffene Versicherung zu entrichten, wenn Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitslos oder, soweit sich unsere Garantiezusage auch darauf erstreckt, arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung ist kostenlos und bezieht sich nur auf künftig fällig werdende Beiträge der betroffenen Versicherung, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge. Der Versicherungsschutz der betroffenen Versicherung bleibt während der Dauer der Beitragsbefreiung aufrecht erhalten.

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, das mindestens sechs Monate andauert hat (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis, Erziehungsurlaub oder Selbständigkeit) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bestimmungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorüber-

gehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

4. Was haben Sie bei Beantragung der Beitragsbefreiung zu beachten?

Mit Antragstellung haben Sie den Garantiefall darzulegen. Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld weisen Sie durch die Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nach. Ihre Arbeitsunfähigkeit ist durch ein Attest eines in Deutschland zugelassenen und approbierten Arztes zu bestätigen.

Trotz Antragstellung bleiben Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge noch bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten.

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bereits bei Abschluss des betroffenen Versicherungsvertrages bestand oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt; in diesen Fällen ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen,
- während der ersten drei Monate einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit,
- wenn Sie bei Abschluss der betroffenen Versicherung bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist,
- wenn für die betroffene Versicherung bei Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsun-

- fähigkeit kein Versicherungsschutz besteht, insbesondere weil Sie Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt haben,
- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse eingetreten ist.

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit ist ausgeschlossen,

- wenn Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde,
- das Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten besteht oder bei einem Unternehmen, das von Ihrem Ehegatten oder von einem in direkter Linie mit Ihnen Verwandten alleine oder zusammen mit Ihnen beherrscht wird,
- Sie Leistungen aus einer Rentenversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsrente beziehen oder wenn Sie das Renteneintrittsalter erreicht haben.

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn

- diese durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch oder Alkoholismus verursacht wurde;
- diese Folge einer Schwangerschaft ist und für diese Zeit Ansprüche auf Lohnfortzahlung oder aus dem gesetzlichen Mutterschutz oder Elternzeit bestehen,
- diese durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen) verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
- diese durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
- diese durch Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen eingetreten sind,
- diese durch Unfälle verursacht sind, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines

Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

6. **Wie lange dauert die Beitragsbefreiung und was passiert danach?**

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (Maximalzeitraum). Der Maximalzeitraum beginnt jeweils mit der erstmaligen Befreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Nach Wegfall der Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit oder nach Ablauf des Maximalzeitraums, sind die Beiträge für die betroffene Versicherung wieder regelmäßig von Ihnen zu zahlen.

DATENSCHUTZHINWEISE der Deutschen Familienversicherung

in der Fassung vom 19.05.2021

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer persönlichen Daten und die Wahrung Ihres Persönlichkeitsrechts sind uns wichtig. Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Deutsche Familienversicherung und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

Rufnummer 069 95 86 969
E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@deutsche-familienversicherung.de

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erfolgt nur, soweit Sie zuvor darin eingewilligt haben oder es die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erlauben.

Bitte beachten Sie: Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Wollen Sie eine Versicherung abschließen, benötigen wir Ihre Antragsdaten (u. a. Name, Vorname, Geschlecht, Geburtstag/Alter, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung und ggf. auch Angaben zum Gesundheitszustand) zur

Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, und Vertragsverwaltung. Angaben zu einem Schaden-/Leistungsfall benötigen wir, um prüfen zu können, ob der Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist. Hierzu gehören insbesondere Angaben zum Schadenshergang, zur Schadensursache, Schadenshöhe und zum Schadensverlauf.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1a und b DSGVO. Soweit zusätzlich besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten) erforderlich sind, erfolgt dies nur mit Ihrer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a i. V. m. Art. 7 DSGVO. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Werbung für eigene Versicherungsprodukte,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten.

Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten wir zudem zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c DSGVO.

Sofern wir beabsichtigen, Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten zu wollen, werden wir Sie im Rahmen

der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Sie haben das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Im Einzelfall kann es, wie in Ziffer 3.1 bis 3.4 beschrieben, erforderlich sein, Ihre personenbezogenen Daten (auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützten Daten) an andere Stellen zu übermitteln. Diese sind vertraglich oder kraft Gesetzes auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit verpflichtet.

3.1 Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten wir Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Schadenfällen sowie der Rückversicherungsabrechnung, aber auch zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln. Grundsätzlich werden dabei möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch in Ausnahmefällen auch Gesundheitsangaben, verwendet.

3.2 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Wir übermitteln diese Daten an Ihren Vermittler, soweit er diese für Ihre Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt. Angaben zu Ihrer Gesundheit werden von uns an selbstständige Vermittler nur weitergegeben, wenn Sie gegenüber Ihrem Vermittler zuvor darin eingewilligt haben. Nur soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann Ihr Vermittler u. a. auch nach § 203 StGB geschützte Informationen darüber erhalten,

ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Versicherungsvertrag angenommen werden kann.

3.3 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Hierzu zählen auch Tochtergesellschaften innerhalb des DFV-Unternehmensverbundes (z. B. DFVS Deutsche Familienversicherung Servicegesellschaft mbH) oder andere Stellen (z. B. Rechtsschutz-Schadenabwicklungsunternehmen).

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur eine vorübergehende Geschäftsbeziehung besteht, können Sie in einer fortlaufend aktualisierten Version auf unserer Internetseite unter www.deutsche-familienversicherung.de/datenschutz entnehmen oder per E-Mail unter datenschutz@deutsche-familienversicherung.de anfordern.

3.4 Weitere Empfänger

Ihre personenbezogenen Daten können wir darüber hinaus an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Auskunfts- und Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Aufsichtsbehörden, Schlichtungsstellen oder Strafverfolgungsbehörden).

4. Schweigepflichtentbindungserklärung

Für die Beurteilung und Prüfung des Versicherungsfalles sowie unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Auskünfte von schweigepflichtigen Stellen wie z. B. Ärzten, Krankenhäusern oder Krankenkassen benötigen oder medizinische Gutachter einschalten müssen.

Um Ihre Gesundheitsdaten von diesen Stellen zu erhalten oder dorthin weitergeben zu dürfen, benötigen wir Ihre vorherige Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Wir werden Sie daher im Vorfeld rechtzeitig über die jeweilige Erhebung bzw. Weitergabe Ihrer Daten informieren und hierfür eine entsprechende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung von Ihnen einholen.

5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald, sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten mehr bestehen. Solche Aufbewahrungspflichten ergeben sich u. a. aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO) und dem Geldwäschegesetz (GwG). Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Es kann auch vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

6. Betroffenenrechte

Sie erhalten jederzeit auf Antrag unentgeltlich Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten.

Sie können unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung, Löschung oder eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten sowie die Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format verlangen.

7. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

9. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch das Hinweis- und Informationssystem HIS, der Informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de). Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache betreffen. Eine Meldung zur Person ist z. B. möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Versicherungsunternehmen fragen auch Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von anderen Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

10. Datenaustausch mit Ihrem früheren oder weiteren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. Bestehen eines weiteren Versicherungsvertragsverhältnisses) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen benannten früheren oder weiteren Versicherer erfolgen.

11. Bonitätsauskunft

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

12. Automatisierte Einzelfallentscheidung einschließlich Profiling

Auf der Basis Ihrer Angaben zu den Gefahrenständen, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf folgenden von uns vorher festgelegten Kriterien:

- versicherungsvertragliche Vereinbarungen (Leistungsumfang und Leistungszeit des gewählten Tarifs)
- verbindliche Entgeltregelungen für Heilbehandlungen (z. B. GOZ/GOÄ/BEMA)
- gesetzliche Bestimmungen (z. B. VVG, BGB)
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Für den Fall, dass Ihrem Antrag nicht vollumfänglich stattgegeben wird, haben Sie das Recht auf Darlegung des eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung.

Ihre Daten verarbeiten wir zudem teilweise automatisiert, um bestimmte persönliche Aspekte zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Vertragsanbahnung und der Bestandsauswertung anhand von mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren zu bewerten (Profiling).

13. Newsletter

Als Newsletter Software wird Sendinblue verwendet. Ihre Daten werden dabei an die Sendinblue GmbH übermittelt. Sendinblue ist es dabei untersagt, Ihre Daten zu verkaufen und für andere Zwecke, als für den Versand von Newslettern zu nutzen. Sendinblue ist ein deutscher, zertifizierter Anbieter, welcher nach den Anforderungen der

Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes ausgewählt wurde.

Weitere Informationen finden Sie hier: de.sendinblue.com/informationen-newsletter-empfaenger/

Sofern Sie Ihre Einwilligung zur Speicherung der personenbezogenen Daten, der E-Mail-Adresse sowie deren Nutzung zum Versand des Newsletters erteilt haben, können Sie diese jederzeit widerrufen, etwa über den „Abmelden“-Link im Newsletter.

Die datenschutzrechtlichen Maßnahmen unterliegen stets technischen Erneuerungen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, sich über unsere Datenschutzmaßnahmen in regelmäßigen Abständen durch Einsichtnahme in unsere Datenschutzerklärung zu informieren.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten Auslandsreise-Krankenversicherung

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Dieses Informationsblatt ist ein nicht abschließender Überblick über die von Ihnen gewählte Versicherung. Die vollständigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen sorgfältig durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Die Auslandsreise-Krankenversicherung ist eine private Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer Privaten Krankenversicherung (PKV). Versichert werden kann nur, wer seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat.



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Fehlgeburten, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen im Ausland während der ersten 2 Monate einer jeden Auslandsreise.
- ✓ Im Versicherungsfall ersetzen wir unter Anrechnung einer Vorleistung der GKV oder PKV die erstattungsfähigen Aufwendungen für:
 - ✓ ambulante ärztliche Behandlungen,
 - ✓ Arznei- und Verbandmittel,
 - ✓ Heilmittel,
 - ✓ Hilfsmittel,
 - ✓ Krankenhausaufenthalte,
 - ✓ Begleitperson im Krankenhaus,
 - ✓ Kinderbetreuung,
 - ✓ Krankentransporte,
 - ✓ zahnärztliche Versorgung,
 - ✓ Rücktransport aus dem Ausland,
 - ✓ Überführung des Leichnams aus dem Ausland,
 - ✓ Bestattung im Ausland.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der vereinbarten Versicherungsleistungen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir können Ihnen nicht für alle Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in bestimmten Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- ✗ Kein Versicherungsschutz besteht u. a. für:
 - ✗ Auslandsreisen, die bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten wurden,
 - ✗ Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
 - ✗ Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt durch eine ärztliche Diagnose feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen,
 - ✗ Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden,
 - ✗ Sehhilfen und Hörgeräte,
 - ✗ Neuanfertigung von Zahnersatz, Inlays usw.,
 - ✗ kieferorthopädische Behandlungen,
 - ✗ Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsvorsorge,
 - ✗ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
 - ✗ psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen,
 - ✗ eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung,
 - ✗ auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten einschließlich deren Folgen,
 - ✗ Krankheiten, die durch Kriegereignisse oder aktive Teilnahme an Gewalttätigkeiten während Unruhen entstehen.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Aufwendungen für die Überführung des Leichnams aus dem Ausland oder für die Bestattung im Ausland werden bis maximal 12.000 Euro erstattet.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht weltweit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.



Welche Pflichten habe ich?

Nach Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten:

- Sie haben uns die Beendigung der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen.
- Wird für eine versicherte Person eine weitere Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns unverzüglich hiervon zu unterrichten.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtende Obliegenheiten:

- Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.
- Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.
- Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, insbesondere wenn Zweifel an der Notwendigkeit der dem Leistungsfall zu Grunde liegenden Heilbehandlungsmaßnahmen der versicherten Person vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehen. Die ärztliche bzw. zahnärztliche Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Entscheidung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der jeweils im Voraus für ein Versicherungsjahr zu begleichen ist. Der erste Jahresbeitrag wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages, spätestens zum vereinbarten Beginn der Laufzeit des Vertrages fällig. Ohne Zahlung des Erstbeitrages kommt der Vertrag nicht zustande.

Sie müssen die Folgebeiträge jeweils rechtzeitig zu Beginn des neuen Versicherungsjahres zahlen. Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig, kommen Sie in Verzug und können Ihren Versicherungsschutz verlieren.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn und je Auslandsreise ab der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt).

Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf einer Reisedauer von 2 Monaten oder mit der vorherigen Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland. Er erlischt auch mit Beendigung des Versicherungsvertrages, Wegfall der Versicherungsfähigkeit, z. B. bei Entfall des Wohnortes in der Bundesrepublik Deutschland, oder bei Tod der versicherten Person.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Der Versicherungsvertrag ist für Sie und für uns unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres in Textform kündbar. Der Vertrag endet vorzeitig, wenn Sie von Ihrem Recht Gebrauch machen, nach einem Leistungsfall den Vertrag zu kündigen.

Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG für die Auslandsreise-Krankenversicherung

In der Fassung vom 01.04.2014 (PRN: 20052-01-0000)

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen
2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
3. Wartezeiten
4. Leistungsausschlüsse
5. Auszahlung der Versicherungsleistung
6. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
7. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
8. Versicherungsbeiträge
9. Fälligkeit des Erstbeitrags und Beginn des Versicherungsschutzes
10. Fälligkeit der Folgebeiträge
11. Beitragsanpassung und Änderung der Versicherungsbedingungen
12. Laufzeit und Kündigung des Versicherungsvertrages sowie Beendigung des Versicherungsschutzes
13. Willenserklärungen und Anzeigen
14. Gerichtsstand
15. Anzuwendendes Recht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über eine private Auslandsreise-Krankenversicherung in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.

1. Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

- 1.1 Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) krankheitskostenvollversichert sind und ihren Hauptwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- 1.2 Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag. Wir bitten Sie, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten schriftlich mitzuteilen.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

- 2.1 Wir leisten für die erstattungsfähigen Aufwendungen in der Auslandsreise-Krankenversicherung bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Auslandsreise bis zu 100 % für akut eingetretene und unvorhersehbare Krankheiten, Unfälle, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten und medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie für zahnärztliche Notfallversorgungen, Krankentransporte, Rücktransportkosten und Überführungskosten aus dem Ausland.
- 2.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Dauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Bei einem längeren Auslandsaufenthalt von über zwei Monaten besteht Versicherungsschutz nur für die ersten zwei Monate.
- 2.3 Für chronische Erkrankungen und bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige

oder in Heilbehandlung befindliche Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt.

- 2.4 Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir sind jedoch in diesen Fällen berechtigt, unsere Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- 2.5 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit die Kosten nicht von der GKV, PKV oder Dritten übernommen werden. Leistungen der GKV, PKV oder Dritter werden in Abzug gebracht.

- 2.6 Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

2.7 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für:

- ambulante ärztliche Behandlungen

Leistungen der Ärzte für ambulante Behandlungen, wobei der versicherten Person die Wahl unter den Ärzten frei steht, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind,

- Arznei- und Verbandsmittel

Arznei- und Verbandsmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden,

- Heilmittel

ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik),

- Hilfsmittel

ärztlich verordnete Hilfsmittel, die auf der versicherten Auslandsreise erstmals erforderlich sind,

- vollstationäre Krankenhausaufenthalte

Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist und unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, wobei das nächsterreichbare und für die medizinische Heilbehandlung geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen ist,

- Krankentransporte

Krankentransporte zu dem nächsterreichbaren Arzt, den von der Erstversorgungseinrichtung erforderlichen Verlegungstransport in das nächsterreichbare und für die medizinische Heilbehandlung geeignete Krankenhaus sowie den Krankentransport zurück in die Unterkunft im Ausland,

- Zahnärztliche Notfallversorgung

Leistungen von zugelassenen Zahnärzten für schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, Reparaturen bzw. Instandhaltungsmaßnahmen von vorhandenem Zahnersatz, nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz und Inlays usw.,

- Rücktransportkosten aus dem Ausland

die Kosten für einen Rücktransport aus dem Ausland zu dem nächsterreichbaren und für die medizinische Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, sofern der Rücktransport medizinisch notwendig, sinnvoll und vertretbar ist; nicht vertretbar sind Rücktransporte aus dem Ausland, wenn durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland vor Reiseantritt Reisewarnungen ausgesprochen wurden,

- Rücktransportkosten für die Begleitperson aus dem Ausland

die Kosten für einen Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung

medizinisch erforderlich ist,

- Überführungskosten eines Verstorbenen aus dem Ausland

Kosten der Überführung des Leichnams an den ständigen Wohnsitz des Verstorbenen bis maximal 12.000,00 EUR,

- Bestattungskosten eines Verstorbenen im Ausland

Kosten einer Bestattung vor Ort im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens jedoch bis zu 12.000,00 EUR. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteines, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen,

- Kosten der Begleitperson im Krankenhaus

Unterkunft und Verpflegung einer versicherten Begleitperson im Krankenhaus, wenn eine versicherte minderjährige Person stationär behandelt werden muss,

- Kinderbetreuungskosten

Kinderbetreuungskosten versicherter minderjähriger Kinder, wenn die erziehungsberechtigten versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder Tod daran gehindert sind, die in ihrer häuslichen Gemeinschaft lebenden minderjährigen Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) zu betreuen und andere Personen zur Kinderbetreuung nicht zur Verfügung stehen; die Kosten übernehmen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Verstorbenen.

3. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

4. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
- Heilbehandlungen, bei denen bei Antritt der Auslandsreise aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung oder Behandlung

feststand, dass sie bei Durchführung der Auslandsreise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Auslandsreise ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Personen unternommen wurde,

- Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden,
- Sehhilfen und Hörgeräte, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden,
- Neuanfertigung von Zahnersatz und Inlays usw.,
- kieferorthopädische Behandlungen,
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung,
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- auf eine Sucht beruhende Krankheiten einschließlich deren Folgen sowie Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren,
- solche Heilbehandlungsmaßnahmen einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind,
- Kosten von Heilbehandlungsmaßnahmen oder sonstigen Leistungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen; in diesem Fall können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen; dies gilt auch für geforderte Vergütungen, die für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen sind,
- Heilbehandlungsmaßnahmen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesem Fall können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

senen Betrag herabsetzen.

5. Auszahlung der Versicherungsleistung

5.1 Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Diese Nachweise werden unser Eigentum.

5.2 Sämtliche Belege (z. B. Arztrechnungen, Krankenhausrechnungen, Transportkostenrechnungen, Zahnarztrechnungen, Material- und Laborkostenrechnungen) sind im Original einzureichen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Krankheitsbezeichnungen, Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Sofern ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV, PKV oder Dritten besteht, reichen Sie uns bitte alle Belege mit Erstattungsvermerk ein, aus denen sich der erstattete Betrag ergeben muss.

Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben den Belegen für die Kosten des Rücktransports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen.

Ein Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache zu begründen.

Auf unser Verlangen haben Sie uns die Planung und Buchung sowie den tatsächlichen Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen.

5.3 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

5.4 Kosten für Übersetzungen können wir von den Versicherungsleistungen abziehen.

5.5 Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen werden nicht erhoben.

5.6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 6.1 Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- 6.2 Der Versicherungsschutz beginnt mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt) und endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Wiedereinreise.
- 7. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**
- 7.1 Sie haben uns die Beendigung der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen.
- 7.2 Wird für eine versicherte Person eine weitere Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns unverzüglich hiervon zu unterrichten.
- 7.3 Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.
- 7.4 Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.
- 7.5 Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, insbesondere wenn Zweifel an der Notwendigkeit der dem Leistungsfall zu Grunde liegenden Heilbehandlungsmaßnahmen der versicherten Person vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehen. Die ärztliche bzw. zahnärztliche Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Entscheidung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.
- 7.6 Im Übrigen sind wir von der Leistung befreit, wenn Sie Obliegenheiten vorsätzlich verletzen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.
- 7.7 Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir im Rahmen von Nr. 7.6 zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.
- 7.8 Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit hat ferner zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- 8. Versicherungsbeiträge**
- 8.1 Die Berechnung der Versicherungsbeiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 8.2 Der Versicherungsbeitrag ist ein Jahresbeitrag. Er wird mit Abschluss des Versicherungsvertrages, spätestens zum vereinbarten Beginn des Versicherungsvertrages erstmals und zum entsprechenden Zeitpunkt in den Folgejahren fällig.
- 8.3 Die Höhe des zu zahlenden Versicherungsbeitrags entnehmen Sie bitte Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein.
- 8.4 Der Versicherungsbeitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Er richtet sich nach dem Lebensalter der versicherten Person und erhöht sich, wenn die versicherte Person das 65. und das 75. Lebensjahr vollendet. In diesen Fällen ist ab der nächsten Beitragsfälligkeit der entsprechende Versicherungsbeitrag zu zahlen.
- 9. Fälligkeit des Erstbeitrags und Beginn des Versicherungsschutzes**
- 9.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des fälligen Erstbeitrags erfolgt ist.
- 9.2 Zahlen Sie den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn, beginnt der Versicherungsschutz erst mit Zahlungseingang, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.
- 9.3 Der Erstbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag rechtzeitig auf unserem Konto

eingegangen ist oder – wenn mit Ihnen Lastschrifteinzug vereinbart wurde – von Ihrem Konto eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

9.4 Wurde der Erstbeitrag von Ihnen nicht rechtzeitig gezahlt, können wir – solange die Zahlung nicht erfolgt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

9.5 Wird der Versicherungsvertrag während der Auslandsreise abgeschlossen oder wird der Erstbeitrag während der Auslandsreise bezahlt, so besteht für diese Auslandsreise kein Versicherungsschutz.

9.6 Soweit von Ihnen ausdrücklich gewünscht und mit Ihnen vereinbart, besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz auch für eine während der laufenden Widerrufsfrist angetretene Auslandsreise. Nr. 9.5 dieser Bedingungen bleibt unberührt. Endet die Auslandsreise vor Ablauf der Widerrufsfrist, gilt der Versicherungsvertrag als vollständig erfüllt. Der Widerruf Ihrer Vertragserklärung ist in diesem Fall ausgeschlossen.

10. Fälligkeit der Folgebeiträge

10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, jeweils zu Beginn der neuen Versicherungsperiode fällig. Als Versicherungsperiode gilt ein Jahr.

10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie in Zahlungsverzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss.

10.4 Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen wurden. Wir sind zudem berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

10.5 Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung den angemahnten Betrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11. Beitragsanpassung und Änderung der Versicherungsbedingungen

11.1 Versicherungsleistungen können sich, z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Versicherungsbeiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

11.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

11.3 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

11.4 Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neuen Regelungen sind nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigen.

- 11.5 Geänderte Versicherungsbeiträge oder Änderungen in den Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen schriftlich mitteilen. Sie gelten von Ihnen als genehmigt, wenn Sie den Versicherungsvertrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragsanpassung oder die Änderungen der Versicherungsbedingungen wirksam werden sollen.
- 12. Laufzeit und Kündigung des Versicherungsvertrages sowie Beendigung des Versicherungsschutzes**
- 12.1. Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen und Sie den vollständigen Erstbeitrag bezahlt haben.
- 12.2. Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn Sie oder wir ihn nicht zum Ende eines Versicherungsjahres schriftlich mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt zu dem vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.
- 12.3. Für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zugang der Kündigungserklärung bei uns oder Ihnen maßgeblich. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 12.4. Erhöhen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die Versicherungsbeiträge oder vermindern wir die Leistungen im Rahmen einer Änderung der Versicherungsbedingungen, so kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderungen gekündigt werden.
- 12.5 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwelende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsvertrages oder mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit.
- 12.6 Der Versicherungsvertrag endet ferner, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Die mitversicherten Personen haben dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 12.7 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.
- 12.8 Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsvertrages noch andauern, gewähren wir bei nachgewiesener Transportunfähigkeit die Versicherungsleistungen einschließlich eines dann eventuell notwendig werdenden Rücktransports bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.
- 13. Willenserklärungen und Anzeigen**
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.
- 14. Gerichtsstand**
- 14.1 Im Falle von Meinungsverschiedenheiten können Sie gegen uns gerichtete Klagen aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht in Frankfurt am Main anhängig machen. Sie können die Klage aber auch bei dem Gericht des Ortes einreichen, in dessen Bezirk Sie Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 14.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Hauptwohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 14.3 Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.
- 15. Anzuwendendes Recht**
- Für alle Versicherungsverträge, denen diese Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.