

Produktinformationsblatt für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPfleger

in der Fassung vom 01.10.2016

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit diesem Produktinformationsblatt erhalten Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag auf einen Blick zusammengefasst. Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig.

Bitte beachten Sie, dass dieses Produktinformationsblatt nicht alle Einzelheiten über den Versicherungsschutz und den Versicherungsvertrag enthalten kann. Die Angaben sind daher nicht abschließend. Alle Einzelheiten zu Ihrem Versicherungsvertrag sind in dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen DFV-DeutschlandPfleger (im Folgenden nur „VB“ genannt) beschrieben.

1. Art des angebotenen Versicherungsvertrages

DFV-DeutschlandPfleger ist eine private Pflegezusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem Privaten Krankenversicherer (PKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV oder deutschen PKV ist. (s. Ziffer 1 VB).

2. Durch den Versicherungsvertrag versicherte und ausgeschlossene Risiken

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene und festgestellte Pflegebedürftigkeit mit einem bei uns versicherten Pflegegrad (s. Ziffer 2.1 VB).

Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist, wer von der Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde (s. Ziffer 2.2 VB).

Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person nicht mehr in der GKV oder PKV ist oder sich im Ausland befindet, erfolgt die Feststellung auf ihre Kosten durch einen von uns beauftragten Gutachter (s. Ziffer 2.3).

Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem

Tarif (s. Versicherungsschein) eine Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie bei der ersten Ein- und jeder weiteren Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad (s. Ziffer 2.4 ff VB).

3. Höhe und Fälligkeit Ihres Beitrages sowie Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung

Für die Höhe des Beitrags ist das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich. (s. Ziffer 3 VB).

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn (s. Ziffer 5.1 VB).

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 (s. Ziffer 5.2 VB).

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren und wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten (s. Ziffer 5.3. VB).

Zahlen Sie die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen (s. Ziffer 6.1 VB).

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 (s. Ziffer 6.2 VB).

4. Im Versicherungsvertrag enthaltene Leistungsausschlüsse

Wir können Ihnen nicht unbeschränkt Versicherungsschutz bieten (s. Ziffer 8 VB). Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden
- Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen

5. 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, ansonsten gefährden Sie später Ihren Versicherungsschutz. Machen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren (s. Ziffer 9.1 VB).

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

Sie haben uns gegenüber nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten (s. 9.2 VB).

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.

Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.

Im Versicherungsfall haben Sie uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt

untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist

Sie haben uns auf Nachfrage zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.

Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebendbescheinigung der versicherten Person vorzulegen.

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 (s. 9.3. VB)

7. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

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 (s. Ziffer 5.2 VB).

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt der Versicherungsschutz (s. Ziffer 12.2 VB).

8. Möglichkeiten zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen (s. Ziffer 12.1 VB).

Kundeninformationsblatt

in der Fassung vom 01.05.2016

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 9.00 bis 19.00 Uhr.

**Rufnummer 069 95 86 968
Telefax 069 95 86 958
E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de**

Vertreten wird das Unternehmen durch den Vorstand Dr. Stefan M. Knoll (Vorsitzender), Georg Jüngling, Frank Zimmermann. 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 an.

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungs-

schein genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

Wir bieten private Kranken- und Pflegezusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (GKV) nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Versicherungsfähig sind daher nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind.

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Anhang näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Gesamtbeitrag 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. Zuschläge für eine unterjährige Beitragszahlung werden von uns nicht erhoben.

Sie können auch bequem am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen.

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

Widerrufsbelehrung

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.

Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. 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 wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, 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.

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. Zuviel 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 ausschließlich die deutsche Sprache Anwendung.

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

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
E-Mail ombudsmann@pkv.de

Die Möglichkeit, den ordentlichen Rechtsweg zu bestreiten, 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 private Pflege-Zusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege

in der Fassung vom 01.10.2016

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. Leistungsausschlüsse
9. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
10. Laufzeit des Versicherungsvertrages
11. Anpassung der Versicherungsbedingungen
12. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
13. Geltungsbereich
14. Willenserklärungen und Anzeigen
15. Gerichtsstand
16. Anzuwendendes Recht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege 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.

Die kursiv und fett geschriebenen Texte fassen die wichtigsten Inhalte der nachfolgenden nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen kurz zusammen und dienen Ihrem besseren Verständnis.

Für Ihren Versicherungsvertrag sind alleine die nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen maßgeblich.

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

DFV-DeutschlandPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem Privaten Krankenversicherer (PKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV oder deutschen PKV ist.

DFV-DeutschlandPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung die die gesetzliche Pflegeversicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Privaten Krankenversicherer (PKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

Versicherungsfähig ist daher nur, wer bei Antragstellung in einer deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist und über eine gesetzliche Pflegeversicherung verfügt.

Ist die versicherte Person im Laufe der Vertragslaufzeit nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert, z.B. durch die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, wird das Vertragsverhältnis davon unberührt fortgesetzt.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene und festgestellte Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.

Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit einem bei uns versicherten Pflegegrad nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

2.2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist, wer von der Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde.

Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person nicht mehr in der GKV oder PKV ist oder sich im Ausland befindet, erfolgt die Feststellung auf ihre Kosten durch einen von uns beauftragten Gutachter.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades richten wir uns ausschließlich nach dem Inhalt des Pflegebescheids der zuständigen Pflegekasse als Träger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland.

Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist daher, wer von der zuständigen Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde und über einen gültigen Pflegebescheid der Pflegekasse verfügt.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse nicht möglich, z.B. weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt.

Die Kosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter im Ausland haben Sie zu tragen.

2.3. Versicherungsleistungen

Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem Tarif (s. Versicherungsschein) eine Ein-

malleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad.

Wir leisten je nach gewähltem Tarif

- das vereinbarte Pflegemonatsgeld entweder bei häuslicher Pflege oder bei stationärer Pflege,
- die vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie
- die vereinbarten Einmalleistungen bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad.

Soweit Sie mehrere Pflegegrade bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir nur die für den festgestellten Pflegegrad vereinbarten Leistungen. Die Feststellung eines versicherten Pflegegrades schließt Leistungen aus einem anderen, niedrigeren oder höheren Pflegegrad aus.

Ein Anspruch auf das Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege schließt einen Anspruch auf Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege und umgekehrt aus.

2.3.1. Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege.

Häusliche Pflege liegt vor, wenn die Pflege der versicherten Person zuhause entweder durch Laienpfleger (z.B. durch Ehepartner oder Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird und keine stationäre oder teilstationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen in Anspruch genommen werden.

2.3.2. Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege.

Stationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Die teilstationäre Pflege wird der stationären Pflege gleichgestellt, wenn die versicherte Person mindestens einmal pro Tag für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung untergebracht und gepflegt wird.

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre oder teilstationäre Einrichtungen.

2.3.3. Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Bis zum vollendeten fünfundsiebzigsten Lebensjahr leisten wir die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und dadurch pflegebedürftig wird. Voraussetzung ist, dass der Unfall die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit ist.

2.3.4. Einmalleistung je Pflegegrad

Wir leisten die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei der erstmaligen Einstufung und jeder weiteren Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad.

2.4. Leistungszeitpunkt

Wir leisten, wenn uns alle Unterlagen für die Feststellung des Versicherungsfalles vorliegen. Der Anspruch besteht ab Beginn der festgestellten Pflegebedürftigkeit. Das Pflegemonatsgeld zahlen wir jeweils monatlich im Voraus.

Wir erbringen die vereinbarten Versicherungsleistungen, wenn uns alle für die Feststellung des Versicherungsfalles notwendigen Unterlagen vorliegen.

Ein Anspruch auf die Versicherungsleistungen besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit in einem versicherten Pflegegrad gemäß Pflegebescheid der Pflegekasse oder laut Gutachten des von uns beauftragten Gutachters besteht.

Das für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld zahlen wir im Versicherungsfall monatlich im Voraus.

2.5. Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden inner-

halb der ersten fünf Versicherungsjahre maximal jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder aufgrund besonderer Lebensumstände der versicherten Person, wie Tod eines Kindes oder des Ehepartners, Scheidung oder beruflich bedingter Umzug, beitragswirksam ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 % zu erhöhen.

Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden

- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages und maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes oder des Ehepartners der versicherten Person, sowie nach der Scheidung vom Ehepartner oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Umzug in ein anderes Bundesland innerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgrund eines beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 %, aufgerundet auf volle Euro, beitragswirksam zu erhöhen.

Die Nachversicherungsgarantie kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Versicherungsdynamik berücksichtigt werden.

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird nach dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Alter der versicherten Person bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu Beginn des Monats wirksam, der dem Änderungszeitpunkt folgt.

Der Anspruch auf die Nachversicherungsgarantie endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

2.6. Versicherungsdynamik

Machen Sie von der Versicherungsdynamik Gebrauch, erhöhen wir beitragswirksam das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 5 %, aufgerundet auf volle Euro.

Im Rahmen der Versicherungsdynamik erhöhen wir beitragswirksam das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person um 5 %, oder auf Antrag um den statistischen Verbraucherpreisindex, aufgerundet auf volle Euro.

Die Versicherungsdynamik kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Nachversicherungsgarantie berücksichtigt werden.

An der Versicherungsdynamik können Sie auch nach Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person teilnehmen, sofern Sie vor Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person an den drei unmittelbar vorausgegangenen Versicherungsdynamiken teilgenommen haben.

Die Versicherungsdynamik wird wirksam, wenn Sie ihr nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrags widersprechen.

Widersprechen Sie zweimal nacheinander der Versicherungsdynamik, behalten wir uns bei der nächsten Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.

Mit der Teilnahme an der Versicherungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird dabei nach ihrem aktuellen Alter bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu Beginn des Monats wirksam, der dem Änderungszeitpunkt folgt.

Der Anspruch auf die Versicherungsdynamik endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

2.7. Leistungsdynamik

Soweit mit Ihnen vereinbart (s. Versicherungsschein), erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Versicherungsfalles das vereinbarte Pflegemonatsgeld alle drei Jahre um 10 %.

Soweit mit Ihnen vereinbart (s. Versicherungsschein), erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Versicherungsfalles das vereinbarte Pflegemonatsgeld in dem bei uns versicherten Pflegegrad, in dem Sie zum Zeitpunkt der Leistungsdynamik wegen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit eingestuft sind, alle drei Jahre um 10 %, aufgerundet auf volle Euro bei Aufrechterhaltung der Beitragsbefreiung im Versicherungsfall. Soweit Sie in einen anderen Pflegegrad eingestuft werden, können Sie die bis dahin durch die Leistungsdynamik erworbenen Erhöhungen in absoluten Beträgen auf den neuen Pflegegrad übertragen.

2.8. Beitragsbefreiung im Versicherungsfall

Wir befreien Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles befreien wir Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese Versicherung zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht. Die Beitragsbefreiung wirkt ab der nächsten Fälligkeit ihres Beitrages nach Antragstellung. Endet der Versicherungsfall, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

2.9. Tarifwechsel

Wollen Sie in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, dessen Leistungen höher oder umfassender sind, ist dies nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Wollen Sie in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistungen zur Folge hat, ist der Tarifwechsel nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung mög-

lich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

3. Versicherungsbeiträge

Für die Höhe des Beitrags ist das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person (s. Versicherungsschein). Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.

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

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

Die Beiträge können angepasst werden, wenn die tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen von den bei der Kalkulation zugrunde gelegten Versicherungsleistungen abweichen.

Wir vergleichen jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

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

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 2 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

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

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

5.2. Beginn des Versicherungsschutzes

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.

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.

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren und wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten.

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

Zahlen Sie die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen.

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

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung. Werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten dann nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.

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

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht.

8. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- **Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden**
- **Versicherungsfälle aufgrund vorsätzlich herbeigeführter gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Beschädigungen**
- **Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden**

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle, die ursächlich auf eine vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitbeeinträchtigung oder Gesundheitsbeschädigung einschließlich deren Folgen zurückzuführen sind.

Kein Versicherungsschutz besteht auch für Versicherungsfälle 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 Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung 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 zu Kriegsereignissen.

9. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

9.1. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

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

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.

9.2. Obliegenheiten nach Vertragsschluss

Sie haben uns gegenüber nach Vertragsschluss die nachfolgenden Pflichten zu beachten.

Sie haben uns die Beendigung der Versicherung der versicherten Person in einer deutschen GKV oder deutschen PKV und den Wegfall der gesetzliche Pflegeversicherung unverzüglich in Textform mitzuteilen.

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.

Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.

Im Versicherungsfall haben Sie uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk

der GKV, oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person, die Abrechnung ambulante, stationäre oder der sonstigen durchgeführten Leistungen ergeben.

Kosten für Übersetzungen von ausländischen Belegen ziehen wir von den Versicherungsleistungen ab.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse oder eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), durch Medicproof oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht möglich, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines durch uns beauftragten Gutachters in Textform zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sie haben uns auf Nachfrage zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), Medicproof oder einen von der Pflegekasse oder von uns beauftragter Gutachter das weitere Bestehen der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person überprüft und bescheinigt.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.

Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebensbescheinigung der versicherten Person vorzulegen. Wir erstatten Ihnen die Kosten bis zur Höhe, die für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen.

9.3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsschluss

Bei Verletzung einer der Pflichten nach Vertragsschluss können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie

können Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren.

Bei Verletzung einer der Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, den Versicherungsvertrag fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

10. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

11. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Wir können Versicherungsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern oder Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden.

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.

12. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

12.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen.

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. Sie können Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

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.

12.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt der Versicherungsschutz.

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.

13. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Unsere Leistungen nach diesen Versicherungsbedingungen erbringen wir unabhängig davon, wo Sie oder die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz haben oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

14. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben in Textform zu erfolgen.

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z.B. E-Mail oder Brief).

15. Gerichtsstand

Für Klagen ist das an Ihrem Wohnort oder, bei Klagen gegen uns, auch wahlweise das an unserem Geschäftssitz ansässige Gericht zuständig.

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.

16. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen
für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege
in der Fassung vom 01.10.2016

Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

Im Versicherungsfall erbringen wir nach Maßgabe der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen folgende Leistungen je nach gewähltem Tarif.

Versicherungs- und Assistancелеistungen	DFV-Deutschland Pflege Basis	DFV-Deutschland Pflege Komfort	DFV-Deutschland Pflege Premium	DFV-Deutschland Pflege Exklusiv
Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege				
Pflegegrad 1	125 Euro	250 Euro	375 Euro	500 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro	632 Euro	948 Euro	1.264 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.090 Euro	1.635 Euro	2.180 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.456 Euro	2.184 Euro	2.912 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege				
Pflegegrad 1	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Pflegegrad 2	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Pflegegrad 3	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Pflegegrad 4	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.802 Euro	2.703 Euro	3.604 Euro
Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bis Alter 65	x	x	20.000 Euro	40.000 Euro
Einmalleistung bei der erstmaligen Einstufung und jeder weiteren Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad	x	x	2.000 Euro	4.000 Euro

Versicherungs- und Assistenceleistungen	DFV-Deutschland Pflege Basis	DFV-Deutschland Pflege Komfort	DFV-Deutschland Pflege Premium	DFV-Deutschland Pflege Exklusiv
DFV-DeutschlandPflege Assistance 24 Stunden-Hotline Informationen, Auskünfte und Vermittlung von Dienstleistungen rund um das Thema Pflege (gemäß. Beiblatt zur DFV-Pflege Assistance in der Fassung vom 01.010.2016)	✓	✓	✓	✓
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung	✓	✓	✓	✓
Versicherungsdynamik	5 % alle 3 Jahre	5 % alle 3 Jahre	5 % alle 3 Jahre	5 % alle 3 Jahre
Optionale Leistungsdynamik im Pflegefall	10 % alle 3 Jahre	10 % alle 3 Jahre	10 % alle 3 Jahre	10 % alle 3 Jahre
Beitragsbefreiung im Leistungsfall	✓	✓	✓	✓
Weltweiter Geltungsbereich	✓	✓	✓	✓

Versicherungsbeiträge DFV-DeutschlandPflege:

In den Tarifen DFV-DeutschlandPflege Basis, Komfort, Premium und Exklusiv ist allein das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich. Der Beitrag steigt nicht mit zunehmendem Alter.

Gesundheitsfrage

Die DFV Deutsche Familienversicherung hat dem/der Versicherungsnehmer/in vor der Abgabe Ihrer Willenserklärung zum Abschluss Ihres Versicherungsantrags nachstehende Frage gestellt, die vom 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 gestellt, sind bei ihr stationäre Behandlungen, Operationen oder Rehamassnahmen vorgesehen oder angeraten 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, Apallisches Syndrom, Autismus, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Gehirnblutung, Kinderlähmung, Koma, Lahmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablosung sowie Schädigungen des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Pick-Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlaganfall, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankungen, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

Asthma bronchiale, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge, 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- und Beinamputationen, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hamatome

- Tumorerkrankungen

Gutartige Tumore des Gehirns, bosartige Tumoren, Krebserkrankungen des Blut- oder Lymphsystems?

Ist die zu versichernde Person 65 Jahre oder älter, beantworten Sie noch folgende Zusatzfrage:

Trägt die zu versichernde Person Körperersatzstücke, Prothesen, Gefäßstützen (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)?

Beiblatt zur DFV-Pflege Assistance

Für schnelle Hilfe rund um die Uhr unter 069 95 86 99 09

Mit der DFV-Pflege Assistance bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung eine 24 Stunden-Hotline mit Informationen zu folgenden Themen an:

Informationen und Auskünfte:

Zum Verfahren zur Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	✓
Zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem System der Pflegegrade nach SGB XI	✓
Zum Verfahren zur Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII) aufgrund von Pflegebedürftigkeit	✓
Zum Verfahren zur Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) Allgemein	✓
Zu ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen zur teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege	✓
Zu Pflegeschulungen bzw. Schulungseinrichtungen	✓
Zu Tag- und Nachtwachen, Ärzten und Fachärzten sowie Hausnotrufsystemen	✓
Zu Begleit-, Behinderten- und Krankenfahrdienste und Freizeitbetreuung	✓
Zu Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges	✓
Über pflegegerechtes Wohnung; Verbesserung des Wohnumfeldes, betreute Rückkehr in die eigene Wohnung / das eigene Haus	✓
Zu Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden, Institutionen sowie sozialen Einrichtungen für Pflegebedürftige	✓
Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige	✓
Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen	✓

Mit Eintritt des Pflegefalls sind Sie auf vielseitige Hilfe angewiesen. Wir unterstützen Sie bei Bedarf durch die Vermittlung externer Dienstleister für ausgewählte Dienstleistungen.

Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen:

Tag- und Nachtwache	✓
Beförderung, Begleitservice und Fahrdienst	✓
Menüservice, Einkäufe, Besorgungen und Botengänge	✓
Wohnungsreinigung und Wäscheservice	✓
Gartenpflege, Schneeräumung und Laubbeseitigung	✓
Freizeitbetreuung, Kinderbetreuung und Versorgung von Haustieren	✓
Installation von Hausnotrufsystemen	✓
Pfleges Schulung	✓

Wann gelten die Bedingungen für die DFV-Pflege Assistance?

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

Ein Anspruch auf die Assistance-Leistungen besteht nicht, wenn kein Versicherungsschutz im Rahmen der privaten Pflege-Zusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege 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 privaten Pflege-Zusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege.

Der DFV-Pflege Assistance liegen ergänzend die Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Zusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege in der Fassung vom 01.10.2016 zugrunde.

Was ist Gegenstand der DFV-Pflege Assistance?

Im Rahmen der DFV-Pflege Assistance erbringen wir folgende Leistungen über unsere Pflege-Hotline:

- Informationen und Auskünfte
- Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen

Was ist unter Informationen und Auskünfte über unsere Pflege-Hotline zu verstehen?

Wir bieten Ihnen und nahen Angehörigen der versicherten Person über eine 24 Stunden Pflege-Hotline unter der Rufnummer 069 95 86 99 09 , Informationen und Auskünfte zum Thema Pflegebedürftigkeit in Bezug auf die versicherte Person an.

Als nahe Angehörige der versicherten Person gelten folgende 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.

Die Pflege-Hotline bietet Informationen und Auskünfte zu folgenden Themen an:

- ambulante Pflegedienste
- stationäre Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen zur teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege
- haushaltsunterstützende Dienstleistungen
- Pflegehilfsmittel
- Hausnotrufsysteme
- Tag- und Nachtwachen
- Pflegeschulungen bzw. Schulungseinrichtungen
- Behinderten- und Krankenfahrtdienste
- Begleit- und Fahrdienst
- Freizeitbetreuung
- Leistungen der Krankenkassen
- Leistungen der Pflegekassen bzw. der privaten Krankenversicherungen als Träger der Pflegepflichtversicherung
- Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- Zuordnung der versicherten Person zu einem Pflegegrad nach SGB XI

- Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII) aufgrund von Pflegebedürftigkeit
- Antrag auf Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX)
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- pflegerechte Wohnung, Verbesserung des Wohnumfeldes
- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
- betreute Rückkehr in die eigene Wohnung / das eigene Haus
- Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden,
- Institutionen sowie sozialen Einrichtungen

Was ist unter Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen zu verstehen?

Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Eintritt des Pflegefalls sind Sie auf vielseitige Hilfe angewiesen. Wir wollen Sie und nahe Angehörige der versicherten Person unterstützen und bieten Ihnen die Vermittlung der nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen an:

- Beförderung
- Menüservice
- Einkäufe, Besorgungen und Botengänge.
- Wohnungsreinigung
- Wäsche-Service
- Begleitservice und Fahrdienst
- Gartenpflege
- Schneeräumung und Laubbeseitigung
- Tag- und Nachtwache
- Kinderbetreuung
- Versorgung von Haustieren
- Installation von Hausnotrufsystemen
- Pflegeschulung
- Freizeitbetreuung

Sie haben Anspruch auf die Vermittlung der Dienstleistungen, sobald das Begutachtungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch, Buch XI (SGB XI) oder die zuständige Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit festgestellt hat.

Wir wählen die empfohlenen Dienstleister mit der erforderlichen Sorgfalt aus, dennoch übernehmen wir keine Haftung für die Zuverlässigkeit des Dienstleisters oder für dessen Leistungen einschließlich der durch diesen verursachten Schäden. Lehnen Sie den von uns empfohlenen Dienstleister ab, sind wir einmalig verpflichtet, einen weiteren Dienstleister zu benennen.

Der Dienstleistungsvertrag kommt ausschließlich zwischen Ihnen und dem Dienstleister zu stand. Die Kosten für die Dienstleistung haben Sie zu tragen.

Wo werden die Assistenzleistungen der DFV-Pflege Assistance erbracht?

Die erteilten Informationen und Auskünfte beschränken sich ausschließlich auf Pflegeleistungen in der Bundesrepublik Deutschland, die nach deutschem Recht gewährt werden. Alle in diesen Bedingungen genannten Dienstleistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland und nur durch Dienstleister mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

DFV-Garantien

Wir geben Ihnen mehr als nur ein Versprechen

Mit Abschluss Ihrer privaten Krankenzusatzversicherung bietet Ihnen 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 	✓
<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 	✓

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

Der Anspruch auf Leistungen aus den DFV-Garantien erlischt mit Beendigung der zugrunde liegenden privaten Krankenzusatzversicherung.

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 vorübergehend 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 Arbeitsunfähigkeit 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.

Gesonderte Belehrungen Krankenzusatzversicherungen

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen,

geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss.

Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Belehrung nach § 37 Abs. 2 VVG über die Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Zahlen Sie den Erstbeitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Bitte beachten Sie ergänzend die Regelungen zur Fälligkeit des Erstbeitrages und des Beginns des Versicherungsschutzes in Abschnitt A unserer Versicherungsbedingungen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Gültig ab: 01.05.2016

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben auch im Interesse der Versichertengemeinschaft nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind, soweit erforderlich, in Ihrem Versicherungsantrag Einwilligungserklärungen nach dem BDSG aufgenommen worden. Werden die Einwilligungserklärungen bei Antragstellung ganz oder teilweise abgelehnt, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Auch bei ganz bzw. teilweise abgelehnter oder widerrufenen Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung (Personenversicherung) sind daher im Antrag vorsorglich auch entsprechende Schweigepflichtentbindungsklauseln enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische

Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. von Ärzten oder Sachverständigen (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an den Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen dafür entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungs-

schutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbruch hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können an das HIS gemeldet werden. 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 Schadensschilderung 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 Schadensfall 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.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Aufgaben (z. B. Schaden- und Leistungsbearbeitung, Rechtsschutzschadenabwicklung, Inkasso), bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von personenbezogenen Daten kommen kann, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben.

Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, beispielsweise die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung, der Vertrieb und der Datenschutz. So werden Ihre personenbezogenen Daten, aber auch Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, in einer zentralen Datensammlung geführt und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann u. a. eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Obwohl die Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das

Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen zur Wahrnehmung der oben genannten zentralen Funktionen. Für alle zugriffsberechtigten Mitarbeiter gelten die Pflichten bei der Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

- DFV Deutsche Familienversicherung AG
- DFVV Deutsche Familienversicherung Vertriebsgesellschaft mbH
- DFVS Deutsche Familienversicherung Servicegesellschaft mbH
- DFVR Deutsche Familienversicherung Rechtsschutz-Schadenabwicklungsgesellschaft mbH
- MeinPLUS Servicegesellschaft mbH

6. Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie ggfls. durch einen Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch von Ihnen aufgesuchte Vermittlungsgesellschaften. Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder unserer Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutz-

beauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rück-versicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer