

Produktinformationsblatt für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz

in der Fassung vom 01.06.2016

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-KlinikSchutz (im Folgenden nur „VB“ genannt) beschrieben.

1. Art des angebotenen Versicherungsvertrages

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. (s. Ziffer 1 VB).

2. Durch den Versicherungsvertrag versicherte und ausgeschlossene Risiken

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Krankheit (s. Ziffer 2.1 VB).

Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für (s. Ziffer 2.3, 2.3.1 ff VB):

- die Heilbehandlung,
- die freie Krankenhaus- und Arztwahl
- die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) sowie
- weitere, nachfolgend näher beschriebene Leistungen:
 - Ersatzkrankenhaustagegeld,
 - ambulante stationärsersetzende Heilbehandlungen,
 - vor- und nachstationäre Behandlungen,
 - Rooming-in,

- Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus,
- Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel,
- Krankentransporte im Inland,
- Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie
- kosmetische Operationen.

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

Die Höhe des Beitrags ist, je nach Tarif, entweder nach Altersstufen gestaffelt oder es ist allein 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 wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren (s. Ziffer 5.3. VB).

Sie müssen die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen zahlen (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

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 (s. Ziffer 8 VB).

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend näher beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen (s. Ziffer 9 VB).

Kein Versicherungsschutz besteht für

- vor Vertragsschluss bereits bekannt gewordene und/oder angeratene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen aufgrund einer vor Vertragsschluss eingetretenen und diagnostizierten Krankheit,
- teilstationäre Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
- 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 von vorsätzlichem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch,
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
- verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.

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. Müssen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren (s. Ziffer 10.1 VB).

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

Sie haben nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten.

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.

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 (s. Ziffer 10.2 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, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder durch Tod der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz (s. Ziffer 13.2 VB).

8. Möglichkeiten zur Beendigung des Vertrages

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 12 Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist. (s. Ziffer 13.1 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 stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz

in der Fassung vom 01.06.2016

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. 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.

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-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.

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 Krankheit.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten 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

- nur Krankheiten infolge äußerer Ursachen,
- Krankheiten infolge äußerer Ursachen und schwere Krankheiten oder
- alle Krankheiten

versichert.

Krankheiten infolge äußerer Ursachen nach diesem Vertrag sind die in der Anlage unter der Überschrift „Krankheiten infolge äußerer Ursachen“ nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) abschließend aufgeführten Krankheiten.

Schwere Krankheiten nach diesem Vertrag sind die in der Anlage unter der Überschrift „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 für unsere Erstattung ist der nach Abzug einer Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende Eigenanteil.

Basis unserer Erstattung ist der nach Abzug der Vorleistungen 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 die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- ***die Heilbehandlung,***
- ***die freie Krankenhaus- und Arztwahl***
- ***die Unterbringung in einem Einbettzimmer,***
- ***gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) sowie***
- ***weitere, nachfolgend näher beschriebene Leistungen.***

2.3.1. Heilbehandlung

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 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 Notfallweisung 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. Unterbringung im Einbettzimmer

Wir ersetzen die Aufwendungen für die stationäre Unterbringung im Einbettzimmer.

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 stationäre Unterbringung im Einbettzimmer 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.

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 stationsersetzende 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, die 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 fünf 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 Unterbringungs- 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 stationärsersetzenden 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 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

Die Höhe des Beitrags ist, je nach Tarif, entweder nach Altersstufen gestaffelt oder es ist allein das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

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.

Als Eintrittsalter sowie für den Wechsel in die nächste Altersstufe gilt das vollendete Lebensjahr (Lebensalter).

Ist der Beitrag in einem Tarif nach Altersstufen gestaffelt und erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgen-

den Monats an der entsprechend neue Beitrag zu zahlen.

Ist in Tarifen das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich, ist die Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder eine Minderung der Versicherungsleistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen. In diesen Tarifen wird eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen gebildet. Bei einer Änderung der Versicherungsbeiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden die bis zu diesem Zeitpunkt gebildeten Alterungsrückstellungen gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.

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

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

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 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.

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.

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

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.

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

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

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 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.

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. 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

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.

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

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend näher beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Kein Versicherungsschutz besteht für

- vor Vertragsschluss bereits bekannt gewordene und/oder angeratene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen aufgrund einer vor Vertragsschluss eingetretenen und diagnostizierten Krankheit,
- teilstationäre Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
- 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 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 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 als Kriegsereignisse.

10. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1. 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.

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 des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten. 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.

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

11. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

12. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Wir können die Versicherungsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern oder die 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.

13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

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 12 Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

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

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder durch Tod der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz.

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

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

15. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns in Textform zu übermitteln.

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 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.

17. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches 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 01.06.2016

Der gewählte Tarif entscheidet darüber, welche Krankheit (Krankheiten infolge äußerer Ursachen, schwere Krankheiten oder alle Krankheiten) versichert ist.

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

Heilbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> • 3,5facher Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte • 5,0facher Gebührensatz bei medizinisch schwieriger Behandlung bei Leistungserbringung in Deutschland • 5,0facher Gebührensatz bei medizinisch schwieriger Behandlung bei Leistungserbringung im Ausland nach vorheriger Zusage 	100 %
Freie Krankenhaus- und Arztwahl	100 %
Unterbringung im Einbettzimmer	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 Einbettzimmer (Unterbringung im Zwei- oder Mehrbettzimmer) • Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen • Verzicht auf Einbettzimmer und gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen 	40 Euro 60 Euro 100 Euro
Ambulante stationersetzende Heilbehandlungen	100 %
Vor- und nachstationäre Behandlungen	100 %
Rooming-in Unterbringung 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

- Krankentransporte aus dem Ausland
- Überführungskosten aus dem Ausland
- Bestattungskosten im Ausland (max. in Höhe vergleichbarer Überführungskosten)

✓

Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Basis

Altersstufe	Monatsbeitrag
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

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.

Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv

Die Beiträge in den Tarifen DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv steigen nicht mit zunehmendem Alter. Maßgeblich für den Beitrag ist allein das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn.

Übersicht - Krankheiten infolge äußerer Ursachen

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen nur einen Überblick über die verschiedenen Kategorien der versicherten Krankheiten infolge äußerer Ursachen. Die vollständige Liste der je nach Tarif versicherten Krankheiten infolge äußerer Ursachen entnehmen Sie bitte der „Abschließenden Auflistung – Krankheiten infolge äußerer Ursachen“. Diese abschließende Auflistung ist allein für die Beurteilung einer Krankheit als versicherte Krankheit infolge äußerer Ursachen 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 Krankheiten infolge äußerer Ursachen 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 Krankheiten infolge äußerer Ursache nach ICD-10, Version 2016, finden Sie am Ende des Anhangs.

Übersicht - 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 – 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 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 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.

Abschließende Auflistung der Krankheiten infolge äußerer Ursachen nach ICD-10, Version 2016

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

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
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 Krankheiten infolge äußerer Ursachen

	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 Krankheiten infolge äußerer Ursachen

	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
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung

Fortsetzung Krankheiten infolge äußerer Ursachen

	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 Krankheiten infolge äußerer Ursachen

	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
	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 Endprothesen, 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 Krankheiten infolge äußerer Ursachen

	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

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

Als schwere Krankheit, die je nach gewähltem Tarif unter 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
	C43 Bösartiges Melanom der Haut
	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut

Fortsetzung der schweren Krankheiten

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 weiblicher 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 männlicher 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 Augenanhangsgebilde
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

Fortsetzung der schweren Krankheiten

	C93 Monozytenleukämie
	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	Hirninfrakt oder Schlaganfall
	I63 Hirninfrakt
	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

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 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, Lähmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung 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, Hämolytische 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 Hämatome

- Tumorerkrankungen

Gutartige Tumore des Gehirns, bösartige Tumoren, Krebserkrankungen 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 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)?

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 verschwägte 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 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