

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten DFV-DeutschlandPflege

DFV Deutsche Familienversicherung AG

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

Um welche Versicherung handelt es sich?

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



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene und festgestellte Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.
- ✓ Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist, wer von der Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde.
- ✓ Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person nicht mehr in der GKV oder PKV ist oder sich im Ausland befindet, erfolgt die Feststellung auf Ihre Kosten durch einen von uns beauftragten Gutachter.
- ✓ Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem Tarif (s. Versicherungsschein) eine Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der vereinbarten Pflegemonatsgelder in den jeweiligen Pflegegraden sowie die Höhe der vereinbarten Einmalzahlungen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- ✓ Die für die versicherte Person vereinbarten Pflegemonatsgelder dürfen unabhängig von der Anzahl der Verträge insgesamt folgende Höchstsummen nicht überschreiten:

	Ambulant	Stationär
PG1	600€	3.750 €
PG2	1.350 €	3.750 €
PG3	2.250 €	3.750 €
PG4	3.000 €	3.750 €
PG5	3.750 €	3.750 €



Was ist nicht versichert?

- ✗ Kein Versicherungsschutz besteht für:
 - ✗ Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden,
 - ✗ Versicherungsfälle aufgrund vorsätzlich herbeigeführter gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Beschädigungen,
 - ✗ Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Soweit Sie mehrere Pflegegrade bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir nur die für den festgestellten Pflegegrad vereinbarten Leistungen. Die Feststellung eines versicherten Pflegegrades schließt Leistungen aus einem anderen, niedrigeren oder höheren Pflegegrad aus.
- ! Werden für eine versicherte Person unabhängig von der Anzahl der Verträge bei uns Versicherungssummen abgeschlossen, die über die bedingungsgemäßen Höchstsummen hinausgehen, sind wir für die über die Höchstsummen hinausgehenden Beträge nicht zur Leistung verpflichtet.



Wo bin ich versichert?



Der Versicherungsschutz besteht weltweit.



Welche Pflichten habe ich?

Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung:

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

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

- Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.
- Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.
- Im Versicherungsfall haben Sie uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.
- Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist
- Sie haben uns auf Nachfrage zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen.
- Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.
- Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebensbescheinigung der versicherten Person vorzulegen.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

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

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



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

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

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages z. B. durch Tod des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person erlischt der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen.

Kundeninformationsblatt

in der Fassung vom 01.09.2019

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

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

Rufnummer 069 95 86 969

Telefax 069 95 86 958

E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de

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

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

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

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

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungsschein

genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

Wir bieten private Pflegezusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Versicherungsfähig sind daher Personen, die in der deutschen SPV oder PPV versichert sind.

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

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Anhang näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Beitrag Ihrer Versicherung?

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

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

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

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

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

Anfang der 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 Absatz 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 zurückzugewähren 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. Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir Ihnen selbstverständlich zurück.

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

12. Welches Recht findet Anwendung?

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

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

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

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

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

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

Alle privaten Versicherungsunternehmen, die im Geltungsbereich des Versicherungsaufsichtsgesetzes die Privatversicherung betreiben und ihren Sitz in Deutschland haben, stehen unter staatlicher Aufsicht. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die

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

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

Versicherungsbedingungen

für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege

in der Fassung vom 01.10.2019

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

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

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

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

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

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

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

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

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

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

2.2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

2.3. Versicherungsleistungen

Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem Tarif (s. Versicherungsschein) eine Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad.

Wir leisten je nach gewähltem Tarif

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

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

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

2.3.1. Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege.

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

Verhinderungspflege liegt vor, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

Kurzzeitpflege liegt vor, wenn eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit einer vollstationären Pflege bedarf.

2.3.2. Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege

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

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

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

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre Einrichtungen.

2.3.3. Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Bis zum vollendeten 65. Lebensjahr leisten wir die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.

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

2.3.4. Einmalleistung je Pflegegrad

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

2.3.5. Einmalleistung bei teil- oder stationärer Versorgung in Hospizen

Wir leisten die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei teil- oder stationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine Versorgung im

Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

2.4. Leistungszeitpunkt

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

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

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

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

2.5. Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflege-monatsgeld in den versicherten Pflegegraden innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre maximal jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder aufgrund besonderer Lebensumstände der versicherten Person, wie Tod eines Kindes oder des Ehepartners, Scheidung oder beruflich bedingter Umzug, beitragswirksam ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 % zu erhöhen.

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

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

beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

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

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

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie wird Ihr Beitrag neu ermittelt.

Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird nach dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Alter der versicherten Person bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu dem Änderungszeitpunkt wirksam.

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

2.6. Versicherungsdynamik

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

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

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

Wir informieren Sie in Textform über die Erhöhung des Pflegetagegeldes. Die Leistungsanpassung wird zu Beginn des zweiten Monats (Änderungstermin) wirksam, der auf das Schreiben folgt.

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

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

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

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

2.7. Leistungsdynamik

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

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

2.8. Beitragsbefreiung im Versicherungsfall

Wir befreien Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einordnung in mindestens Pflegegrad 1 unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einordnung in mindestens Pflegegrad 1 befreien wir Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese Versicherung zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht. Die Beitragsbefreiung wirkt ab der nächsten Fälligkeit ihres Beitrages nach Antragstellung. Endet die Einordnung in Pflegegrad 1 oder höher, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

2.9. Tarifwechsel

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

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

Verändert sich in der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung (SGB XI) die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherte das Recht, in einen neuen gleichartigen Pflegegeldtarif zu wechseln, soweit dieser vom Versicherer aufgrund der veränderten Gesetzesgrundlage eingeführt wird. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

3. Versicherungsbeiträge

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

Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person (s. Versicherungsschein). Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns. Den zu zahlenden Versicherungsbeitrag können Sie dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnehmen.

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

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

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

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

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird. Das Recht der täglichen Kündigungsmöglichkeit bleibt unberührt.

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

5.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

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

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

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

Der Versicherungsschutz und das erste Versicherungsjahr beginnen zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Unabhängig davon besteht jedoch kein Versicherungsschutz, solange der Erstbeitrag nicht gezahlt wurde, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

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

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

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

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

6.1. Fälligkeit der Folgebeiträge

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

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

6.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

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

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

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

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

7. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht.

8. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

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

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

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

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

9. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

9.1. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

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

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

sätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

9.2. Obliegenheiten nach Vertragsschluss

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

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

Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

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

Im Versicherungsfall haben Sie uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV, oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zunahme der versicherten Person, die Abrechnung ambulante, stationäre oder der sonstigen durchgeführten Leistungen ergeben.

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

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

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

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

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

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

9.3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsschluss

Bei Verletzung einer der Pflichten nach Vertragsschluss können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren.

Bei Verletzung einer der Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir binnen eines Monats, nachdem

wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, den Versicherungsvertrag fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

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

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

10. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

11. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen

werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

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

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

12. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

12.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen.

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich, ohne Einhaltung einer Frist, in Textform zu kündigen. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich. Sie können Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

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

12.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt der Versicherungsschutz.

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

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

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

13. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

14. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben in Textform zu erfolgen.

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

15. Gerichtsstand

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

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

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

16. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege

in der Fassung vom 01.10.2019

Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

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

Versicherungs- und Assistancelleistungen	DFV-DeutschlandPflege Basis	DFV-DeutschlandPflege Komfort	DFV-DeutschlandPflege Premium	DFV-DeutschlandPflege Exklusiv
Pflegemonatsgeld bei ambulanter Pflege				
Pflegegrad 1	31 Euro	63 Euro	94 Euro	125 Euro
Pflegegrad 2	79 Euro	158 Euro	237 Euro	316 Euro
Pflegegrad 3	136 Euro	273 Euro	409 Euro	545 Euro
Pflegegrad 4	182 Euro	364 Euro	546 Euro	728 Euro
Pflegegrad 5	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege				
Pflegegrad 1	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Pflegegrad 2	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Pflegegrad 3	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Pflegegrad 4	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Pflegegrad 5	225 Euro	451 Euro	676 Euro	901 Euro
Einmalleistung bei stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen	500 Euro	500 Euro	500 Euro	500 Euro

Versicherungs- und Assistanceleistungen	DFV-DeutschlandPflege Basis	DFV-DeutschlandPflege Komfort	DFV-DeutschlandPflege Premium	DFV-DeutschlandPflege Exklusiv
DFV-DeutschlandPflege Assistance 24 Stunden-Hotline Informationen, Auskünfte und Vermittlung von Dienstleistungen rund um das Thema Pflege (gemäß. Beiblatt zur DFV-DeutschlandPflege Assistance in der Fassung vom 01.10.2016)	✓	✓	✓	✓
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung	✓	✓	✓	✓
Versicherungsdynamik	5% alle 3 Jahre	5% alle 3 Jahre	5% alle 3 Jahre	5% alle 3 Jahre
Optionale Leistungsdynamik im Pflegefall	10% alle 3 Jahre	10% alle 3 Jahre	10% alle 3 Jahre	10% alle 3 Jahre
Beitragsbefreiung im Leistungsfall	✓	✓	✓	✓
Weltweiter Geltungsbereich	✓	✓	✓	✓

Versicherungsbeiträge DFV-DeutschlandPflege:

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

Gesundheitsfrage

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

Hat die zu versichernde Person

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

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

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

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

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

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

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthritis, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatoome

- Tumorerkrankungen

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

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

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

Beiblatt zur DFV-Pflege Assistance

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

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

Informationen und Auskünfte:

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

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

Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen:

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

Wann gelten die Bedingungen für die DFV-Pflege Assistance?

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

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

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

Was ist Gegenstand der DFV-Pflege Assistance?

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

- Informationen und Auskünfte
- Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen

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

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

Als nahe Angehörige der versicherten Person gelten folgende Personen:

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

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

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

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

Was ist unter Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen zu verstehen?

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

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

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

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

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

Wo werden die Assistenzleistungen der DFV-Pflege Assistance erbracht?

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

DFV-Garantien

Wir geben Ihnen mehr als nur ein Versprechen

Mit Abschluss Ihrer privaten Krankenzusatzversicherung bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung folgende Garantien:

DFV-ZufriedenheitsGarantie – mehr Sicherheit und Flexibilität - Verlängerte Widerrufsfrist: Zwei Monate statt der gesetzlich vorgeschriebenen 14 Tage - Tägliches Kündigungsrecht	✓
DFV-FürsorgeGarantie* – voller Versicherungsschutz trotz Beitragsbefreiung - Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit - Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	✓
DFV-SchnellregulierungsGarantie – schnelle Auszahlung der Versicherungsleistungen - Regulierung Ihrer Leistungsansprüche innerhalb von 48 Stunden nach Vorliegen aller relevanten Unterlagen	✓

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

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

DFV-FürsorgeGarantie

in der Fassung vom 01.12.2012

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

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

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

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

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

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

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

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

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

DATENSCHUTZHINWEISE der Deutschen Familienversicherung

in der Fassung vom 15.07.2019

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

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

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

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

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

3.1 Rückversicherungen

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

3.2 Vermittler

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

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

3.3 Externe Dienstleister

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

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

3.4 Weitere Empfänger

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

4. Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

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

5. Dauer der Datenspeicherung

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

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

6. Betroffenenrechte

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

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

7. Widerspruchsrecht

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

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

8. Beschwerderecht

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

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

9. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

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

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

10. Datenaustausch mit Ihrem früheren oder weiteren Versicherer

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

11. Bonitätsauskunft

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

12. Automatisierte Einzelfallentscheidung einschließlich Profiling

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

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

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

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

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