



Produktinformationsblatt Kranken-Zusatzversicherungen

Die DFV Deutsche Familienversicherung AG freut sich, Sie als Kunden begrüßen zu dürfen. Die Deutsche Familienversicherung bietet Ihnen in der privaten Krankenzusatzversicherung einen leistungsstarken Versicherungsschutz zu einem fairen Preis.

Wir haben für Sie in diesem Produktinformationsblatt die wesentlichen Informationen zu den Krankenzusatzversicherungen auf einen Blick zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass ein solches Produktinformationsblatt nicht alle Einzelheiten einer Krankenzusatzversicherung aufzählen kann. Die Angaben und Aufzählungen sind daher nicht abschließend. Alle Einzelheiten sind aber ergänzend in unseren Allgemeinen Kranken-Versicherungsbedingungen (AVBK) enthalten, auf die wir zusätzlich verweisen.

1. Welche Art von Versicherung bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung an?

Wir, die Deutsche Familienversicherung, bieten Ihnen private Krankenzusatzversicherungen, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sinnvoll ergänzen. Die GKV gewährt nur eine Grundversorgung in Form von bestimmten festgelegten Leistungen oder pauschalierten Zuschüssen. Diese reichen aber oftmals nicht aus und Sie müssen privat Zuzahlungen leisten. Davor schützen Sie die Krankenzusatzversicherungen der Deutschen Familienversicherung im Rahmen des geschlossenen Vertrages.

Unsere Krankenzusatzversicherungen können nur Personen versichern, die auch bei einer deutschen GKV versichert sind. Versicherungsschutz und ein Leistungsanspruch aus der GKV sind Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch aus unseren Krankenzusatzversicherungen. Dennoch wird unser Leistungsanspruch von uns separat und unabhängig geprüft. Allein ein Leistungsanspruch oder eine Leistung der GKV begründen daher noch keinen Leistungsanspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung.

Sie können bei uns Kombi- und Einzelversicherungen abschließen. Mit einer Kombiversicherung sind Sie mit einem Vertrag, zu einem Preis und mit nur einem Ansprechpartner gegen mehrere Risiken versichert.

Unsere Krankenzusatzversicherungen werden in unseren Allgemeinen Kranken-Versicherungsbedingungen (AVBK) genau beschrieben. Diese sind so aufgebaut, dass die für alle versicherten Risiken geltenden Bestimmungen im Allgemeinen Teil gemäß Abschnitt A vorangestellt und in den folgenden Abschnitten jeweils nur die für das dort umschriebene Risiko geltenden Bestimmungen aufgeführt sind. Unabhängig davon, ob Sie bei uns eine Kombiversicherung oder Einzelversicherungen abschließen, gilt in jedem Fall Abschnitt A der Versicherungsbedingungen. Die folgenden Abschnitte gelten ergänzend nur dann, wenn auch das versicherte Risiko vertraglich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.

Wir bieten eine Zahnersatz-Zusatzversicherung ZEV (s. Abschnitt D AVBK), eine Zahnerhalt-Zusatzversicherung ZEH (s. Abschnitt E AVBK), eine Zahnimplantat-Zusatzversicherung (s. Abschnitt F AVBK), eine Kieferorthopädie-Zusatzversicherung, eine Auslandskrankenversicherung AVK (s. Abschnitt H AVBK) und eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung PKZ / PKZ-Unfall (s. Abschnitt I AVBK). Darüber hinaus können Sie weitere Ergänzungsleistungen (s. Abschnitt C AVBK), wie Kranken-Tagegelder (s. Abschnitt C.I. AVBK), Rooming-in-Leistungen (s. Abschnitt C.II. AVBK), Sehhilfen (s. Abschnitt C.III. AVBK), Heilpraktiker (s. Abschnitt C.IV. AVBK), und Zahnprophylaxe (s. Abschnitt C.V. AVBK) abschließen.

Alle Versicherungen können mit einer Arbeitslosigkeits- und/oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung (s. Abschnitt B AVBK) kombiniert werden.

2. Welche Risiken sind versichert und welche Risiken sind nicht versichert?

2.1. Zahnersatz-Zusatzversicherung ZEV (Abschnitt D AVBK)

Die Deutsche Familienversicherung leistet, wenn der versicherten Person eine medizinisch notwendige Regelversorgung mit Zahnersatz für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Im Versicherungsfall erhöhen wir die pauschalierten Festzuschüsse der GKV im vereinbarten Umfang. Damit reduzieren Sie Ihren Eigenanteil an den tatsächlichen Kosten (s. Nr. 1 und 2 D AVBK). Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz sowie deren Reparatur. Sie haben weltweit Versicherungsschutz und können unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten frei wählen (s. Nr. 3 D AVBK). Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.2. Zahnerhalt-Zusatzversicherung ZEH (Abschnitt E AVBK)

Wir leisten, wenn der versicherten Person eine medizinisch notwendige, zahnerhaltende Maßnahme erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Wir erstatten Ihnen im vereinbarten Umfang die nach der Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Einlage- und Kunststofffüllungen sowie die damit verbundenen zahn-technischen Laborarbeiten einschließlich der Materialien. Je nach Vereinbarung mit Ihnen erhöhen wir entweder den pauschalierten Anteil der GKV für Zahnfüllungen oder wir erstatten Ihnen nach der Vorleistung der GKV Ihren Eigenanteil an den tatsächlichen Kosten bis zur vereinbarten Höhe (s. Nr. 2 E AVBK).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen und kosmetische Zahnbehandlungen (wie z. B. Verblendschalen und Bleaching) oder den Austausch von Amalgamfüllungen. Wir zahlen Ihnen

aber die Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Hierzu zählen u.a. die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands, die Vermeidung von Krankheitsursachen, die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung oder die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (s. Nr. 3 E AVBK).

2.3. Zahnimplantatversicherung ZIV (Abschnitt F AVBK)

Wir erbringen Leistungen, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz eine medizinisch notwendige Maßnahme für ein Zahnimplantat erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die zahnärztlichen Aufwendungen sowie Material- und Laborkosten einschließlich der Aufwendungen für medizinisch notwendige, ambulante chirurgische Maßnahmen. Im Versicherungsfall erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein dokumentierten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem vereinbarten Höchstbetrag (s. Nr. 1 und 2 F AVBK).

2.4. Kieferorthopädie-Zusatzversicherung KOZ (Abschnitt G AVBK)

Die Deutsche Familienversicherung erbringt Leistungen, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz eine medizinisch notwendige, kieferorthopädische Maßnahme erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Versicherung endet automatisch mit Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person. Im Versicherungsfall erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahme (s. 1 und 2 G AVBK).

2.5. Auslandskrankenversicherung AVK (Abschnitt H AVBK)

Wir leisten Ersatz für die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen im Ausland eingetretener Krankheit oder Unfallfolgen, soweit die Kosten nicht von der GKV übernommen werden. Wir erstatten Ihnen auch die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes sowie Arzneimittel und die Kosten einer zahnärztlichen Notfallversorgung im Ausland. (s. Nr. 1 und 2 F AVBK). Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise.

2.6. Private Krankenhaus-Zusatzversicherung (Abschnitt I AVBK)

Die Deutsche Familienversicherung erstattet Ihnen die Mehrkosten für stationäre Wahlleistungen (Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer und wahl- oder belegärztliche Leistungen, z.B. Chefarztbehandlung) bei einem stationären Krankenhausaufenthalt (s. Nr. 2 und 3 I AVBK) einschließlich der notwendigen Krankentransportkosten bis zum vereinbarten Umfang (s. Nr. 5 I AVBK), soweit diese Kosten nicht von der GKV übernommen werden.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige, stationäre Heilbehandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus wegen Unfallfolgen und Krankheit einschließlich Schwangerschaft und Entbindung (PKZ), soweit der Versicherungsschutz nicht ausdrücklich auf eine Heilbehandlung nur wegen Unfallfolgen (PKZ-Unfall) beschränkt ist. Letzteres ist dann der Fall, wenn es im Versicherungsschein dokumentiert ist oder solange Sie uns im Rahmen der Gesundheitsprüfung nicht die Erklärung mit der Dokumentation Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand bei Vertragsschluss mit unverändertem Inhalt zurückgeschickt haben (s. Nr. 5 A und 1.4 I AVBK). Wir erstatten Ihnen im Versicherungsfall die wahl- und belegärztlichen Leistungen auch für eine ambulant durchgeführte Operation, wenn dadurch eine anderenfalls medizinisch notwendige, stationäre Heilbehandlung der versicherten Person entfällt. Dies gilt jedoch nicht im Rahmen von PKZ-Unfall (s. Nr. 4 I AVBK).

Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, haben Sie mit Erreichen der vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Altersgrenze bei der Privaten Krankenhaus-Zusatzversicherung (PKZ) das Wahlrecht, den Anspruch auf die vereinbarten Leistungen für eine medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung wegen Krankheit durch einen Anspruch auf ein vereinbartes und im Versicherungsschein dokumentiertes pauschales Tagegeld zu ersetzen. In diesem Fall zahlen Sie monatlich den letzten, vor Erreichen der Altersgrenze gültigen Beitrag. Dieses Wahlrecht kann nur einmalig binnen 3 Monaten nach Erreichen der im Versicherungsschein dokumentierten Altersgrenze durch schriftliche Anzeige uns gegenüber ausgeübt werden und wird dann zum Beginn der auf die Anzeige folgenden Versicherungsperiode wirksam. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, umfasst der Versicherungsschutz auch ambulante Aufnahme und Abschlussuntersuchungen (s. Nr. 6 I AVBK), vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus (s. Nr. 7 I AVBK), Rooming-in-Leistungen (s. Nr. 8 I AVBK), Krankenhaus-Tagegeld (s. Nr. 9 I AVBK), Reha-Tagegeld (s. Nr. 10 I AVBK) und die Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten (s. Nr. 9 I AVBK).

2.7. Ergänzungsleistungen (Abschnitt C AVBK)

Soweit vereinbart, können Sie die folgenden Ergänzungsleistungen in Anspruch nehmen.



2.7.1 Kranken-Tagegelder

Wir leisten, soweit vereinbart, folgenden Kranken-Tagegelder:

Kranken-Tagegeld

Soweit vereinbart, genießen Sie im Versicherungsfall Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit Sie dadurch arbeitsunfähig geworden sind. Wir zahlen Ihnen dann für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit das der Höhe und Dauer nach vereinbarte und im Versicherungsschein dokumentierte Krankentagegeld (s. Abschnitt C.I.1. AVBK).

Krankenhaus-Tagegeld

Die Deutsche Familienversicherung leistet ein Krankenhaus-Tagegeld, wenn sich die versicherte Person in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Reha-Kliniken gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung (s. Abschnitt C.I.2. AVBK).

Reha-Tagegeld

Wir leisten ein Reha-Tagegeld für eine sich an eine medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung anschließende Rehabilitationsbehandlung, wenn die stationäre Rehabilitationsbehandlung medizinisch notwendig ist und spätestens zwei Wochen nach Abschluss der vorausgegangenen Heilbehandlung beginnt (s. Abschnitt C.I.3. AVBK).

Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten

Wir erstatten Ihnen alle Zuzahlungen und Zusatzkosten bis zur vereinbarten Höhe, die während einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung anfallen. Dies umfasst neben den gesetzlich anfallenden Zuzahlungen alle sonstigen Zusatzkosten, wie z. B. Reisekosten der Angehörigen für Besuche der versicherten Person im Krankenhaus, vom Krankenhaus gesondert erhobene Anschluss- oder Einrichtungsgebühren für Telefon, TV und Internet, Verpflegungsmehrkosten oder Kosten für aktuelle Tageszeitungen (s. Abschnitt C.I.4. AVBK).

2.7.2. Rooming-in-Leistungen

Wir übernehmen die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme eines Erziehungsberechtigten im Krankenhaus als Begleitperson eines versicherten Kindes bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, das sich in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet (s. Abschnitt C.II. AVBK).

2.7.3. Sehhilfen

Die Deutsche Familienversicherung erstattet Ihnen im vereinbarten Umfang die Kosten für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienende Sehhilfen, also Brillenfassungen und Brillengläser, sowie Kontaktlinsen (s. Abschnitt C.III. AVBK).

2.7.4. Heilpraktiker

Wir erbringen im Rahmen dieser Versicherung Leistungen, für als Heilbehandlung durch einen approbierten, zugelassenen Arzt für Naturheilverfahren oder einen nach dem Heilpraktikergesetz zugelassenen Heilpraktiker angewandte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel, soweit diese im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im jeweils gültigen Gebührenerverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführt sind (s. Abschnitt C.IV. AVBK).

2.7.5 Zahnprophylaxe

Soweit vereinbart, erstatten wir Ihnen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen. Wir zahlen Ihnen für zahnmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Individualprophylaxe die verblassenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag pro Versicherungsjahr.

2.8. Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung (Abschnitt B AVBK)

Soweit vereinbart, ist in unseren Versicherungen jeweils eine Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung integriert. Damit sorgt die Deutsche Familienversicherung dafür, dass Sie im Falle der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit Ihren Vertrag ohne Beitragszahlung fortführen können und somit Ihren Versicherungsschutz aufrechterhalten. Sollten Sie arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, führen wir Ihre bei uns abgeschlossenen Versicherungen bis zu 12 Monate ohne Berechnung des Beitrages bei vollem Versicherungsschutz fort.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie diesen bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Die Höhe Ihres Beitrags ist vom gewählten Versicherungsumfang und der vereinbarten Zahlungsweise abhängig. Ein wesentlicher Faktor bei der Beitragsberechnung ist das jeweilige Lebensalter der versicherten Person. Daher sind die Beiträge nach Altersgruppen gestaffelt. Die Altersgruppen und der jeweilige Beitrag ergeben sich aus unserer gültigen Beitragsübersicht, die in der Anlage zu den Bedingungen oder im Versicherungsschein abgebildet ist. Ihren genauen Beitrag können Sie auch Ihrem Angebot und dem Versicherungsschein sowie der Rechnung entnehmen.

Der Beitrag ist im Voraus zu entrichten. Sie können mit uns eine monatliche, viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise vereinbaren. Natürlich können Sie auch bequem an unserem Lastschriftverfahren teilnehmen.

Der Erstbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde. Erst mit Zahlung des fälligen Erstbeitrags beginnt der Versicherungsschutz. Zahlen Sie den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn, beginnt der Versicherungsschutz erst mit Zahlungseingang, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten (s. Nr. 10 A AVBK). Solange der Erstbeitrag nicht vollständig bezahlt ist, sind wir zum Rücktritt vom Vertrag und zur Erhebung einer Geschäftsgebühr berechtigt.

Die Folgebeiträge sind, sofern nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zum entsprechenden Tag in den Folgemonaten fällig, der im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn genannt ist. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Haben wir Sie bei Verzug gemahnt und Sie mit einer Frist von zwei Wochen zur Zahlung aufgefordert, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie

die gemahnten Beiträge nicht innerhalb der Frist bezahlen. Wir können den Vertrag in diesem Fall kündigen (s. Nr. 11 A AVBK).

Im Falle einer Rücklastschrift wird bis zum Ausgleich der fälligen Beiträge ein vereinbartes Lastschriftverfahren ausgesetzt. Wir werden in diesem Fall trotz erteilter Einzugsermächtigung die fälligen Beiträge nicht mehr von Ihrem Konto abbuchen. Sie sind dann verpflichtet, die fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie die fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Beitragskonto ausgeglichen ist.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

4.1. Allgemeines

Die Deutsche Familienversicherung bietet mit ihren Versicherungen ein gutes Preis-/Leistungsverhältnis. Dennoch können wir, wie andere Versicherer auch, nicht alle denkbaren Fälle versichern, sonst müssten wir von Ihnen viel höhere Beiträge verlangen.

Um solche höheren Beiträge zu vermeiden, kann im Rahmen unserer Versicherungsverträge eine Selbstbeteiligung mit Ihnen vereinbart sein. Die Selbstbeteiligungen können Sie auch der Beitragsübersicht entnehmen. Versicherungen sollen die hohen finanziellen Risiken im Schadensfall auffangen und nicht bei Kleinstschäden eintreten. Die Entschädigungsleistung wird dann je Versicherungsfall um die vereinbarte Selbstbeteiligung gekürzt. Dies gilt jedoch nicht für Schadenabwendungs- oder Schadenminderungskosten, die auf unsere Weisung hin angefallen sind.

Für vor oder während der Wartezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Leistungsanspruch. Vereinbarte Wartezeiten rechnen vom Beginn des Versicherungsschutzes an. Sie entfallen bei Unfällen (s. Nr. 12 A AVBK).

Die Versicherungsleistung ist ganz oder zum Teil ausgeschlossen, wenn Sie Ihre vertraglichen Obliegenheiten wie z.B. die Anzeige- oder Mitwirkungspflichten vor Vertragabschluss oder im Schadensfall vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht beachten oder gar den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeiführen (s. Nrn. 5 und 6 A AVBK).

Im Interesse aller Versicherten weisen wir vorsorglich auch darauf hin, dass grundsätzlich im Falle des Versicherungsbetrugs und des Versicherungsmissbrauchs jegliche Leistung ausgeschlossen ist. Versicherungsbetrug und Versicherungsmissbrauch stellen Straftaten dar, die nicht nur den Versicherer, sondern auch und gerade die Gemeinschaft der Versicherungsnehmer schädigen und deshalb von uns in jedem Fall zur Anzeige gebracht und strafrechtlich verfolgt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind bei Vertragsschluss bereits erkennbar vorhandene Ursachen und deren Folgen, die eine unter den Versicherungsschutz fallende Heilbehandlung oder Regelversorgung notwendig machen sowie jede bereits vor Versicherungsbeginn bekannte, medizinisch angeratene oder begonnene Heilbehandlung oder Maßnahme der Regelversorgung. Eine innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn begonnene Heilbehandlung oder Maßnahme der Regelversorgung gilt als bereits vor Versicherungsbeginn bekannt oder medizinisch angeraten, es sei denn, sie weisen nach, dass diese Maßnahme tatsächlich erst nach Versicherungsbeginn bekannt wurde oder medizinisch angeraten war.

Nicht versichert sind Aufwendungen oder Abrechnungen, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder die das medizinisch notwendige Maß übersteigen sowie eine gezahlte Praxisgebühr. Ausgeschlossen sind auch Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder, es sei denn, wir haben auf Anfrage der Behandlung vor Beginn in Textform zugestimmt (s. Nr. 19 A AVBK).

4.2. Leistungsbegrenzungen

Für einzelne Krankenzusatzversicherungen gelten die nachstehenden Leistungsbegrenzungen, soweit dies in den entsprechenden Abschnitten der Bedingungen geregelt ist. In diesem Fall beträgt im jeweiligen Tarif die Gesamtleistung je versicherter Person im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €, in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 €, in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten die Leistungsbegrenzungen nicht für Leistungen, die aus diesem Grund erbracht wurden.

4.3. Zahnersatz-Zusatzversicherung (Abschnitt D AVBK)

Kein Versicherungsschutz besteht für bereits bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Es gelten Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Jahren. Darüber hinaus gehende Aufwendungen sind danach nicht erstattungsfähig (s. Nr. 4 und 5 D AVBK).

4.4. Zahnerhalt-Zusatzversicherung (Abschnitt E AVBK)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf bereits vor Versicherungsbeginn beschädigte oder erkrankte Zähne. Es gelten Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Jahren. Darüber hinaus gehende Aufwendungen sind danach nicht erstattungsfähig (s. Nr. 4 und 5 E AVBK).

4.5. Zahnimplantat-Zusatzversicherung (Abschnitt F AVBK)

Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsschluss bereits fehlende und noch nicht ersetzte Zähne. Es gelten Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Jahren. Darüber hinaus gehende Aufwendungen sind danach nicht erstattungsfähig (s. Nr. 4 und 5 F AVBK).



4.6. Kieferorthopädie-Zusatzversicherung (Abschnitt G AVBK)

Nicht versichert sind Methoden, die nicht im gültigen Hufeland Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind. Es gelten Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Jahren. Darüber hinaus gehende Aufwendungen sind danach nicht erstattungsfähig (s. Nr. 4 G AVBK).

4.7. Auslandskrankenversicherung (Abschnitt H AVBK)

Kein Versicherungsschutz besteht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen. Der Versicherungsschutz umfasst auch nicht Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen oder für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung (s. Nr. 4 H AVBK).

4.8. Private Krankenhaus-Zusatzversicherung (Abschnitt I AVBK)

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von drei Monaten und eine besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie von acht Monaten (s. Nr. 14 C AVBK), soweit dies im Versicherungsschein dokumentiert ist. Für Versicherungsfälle, die vor oder während der Wartezeit eintreten oder begonnen wurden, besteht kein Versicherungsschutz.

Keine Leistungspflicht besteht im Rahmen der PKZ und der PKZ-Unfall für Versicherungsfälle bzw. Heilbehandlungen, die medizinisch nicht notwendig waren (z.B. Schönheitsoperationen, Pflegebedürftigkeit) oder die im Zusammenhang mit Krankheiten stehen, die bei Vertragsschluss vereinbarungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und dieser Ausschluss im Versicherungsschein dokumentiert wurde (s. Nr. 12 I AVBK).

Gleiches gilt bei PKZ und PKZ-Unfall für Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung eines besonders gefährlichen Berufes zustoßen. Dazu zählen u.a. Betriebsbelegschaften, die explosive Stoffe herstellen, bearbeiten, lagern, befördern, verwenden, vertreiben und Bergleute oder andere Personen, die unterirdische Arbeiten ausführen, sowie Pyrotechniker und Sprengmeister sowie deren Helfer, Dachdecker, Gerüstbauer, Such- und Räumtruppen, Schiffsbesatzungen und Offshore-Mannschaften, Stuntmen, Artisten, Tierbändiger sowie Vertrags- und Lizenzsportler (s. Nr. 12.1. I AVBK).

Keine Leistungspflicht besteht im Rahmen der PKZ-Unfall bei Heilbehandlungen infolge von Unfällen, die durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen verursacht wurden, auch soweit diese auf der Einnahme von Drogen oder auf Trunkenheit beruhen – letztere wird vermutet, wenn die Trunkenheit zum Zeitpunkt des Unfalls mindestens 1,2 Promille betragen hat – sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen.

Gleiches gilt bei PKZ-Unfall für Unfälle, die dadurch verursacht oder deren Folgen dadurch verschlimmert wurden, dass die versicherte Person an Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule und der Rückenmuskulatur, Geisteskrankheit, Epilepsie, Bluterkrankheit, Leukämie, multipler Sklerose, Osteoporose, Schizophrenie oder spastischen Erkrankungen leidet oder dauernd pflegebedürftig ist (s. Nr. 13 I AVBK).

4.9. Zusatzleistungen (Abschnitt C AVBK)

Im Rahmen vereinbarter Zusatzleistungen können Höchstaltersgrenzen und Höchstbeiträge vereinbart werden, die dann im Versicherungsschein dokumentiert sind.

4.10. Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung (Abschnitt B AVBK)

Wenn Sie bei Abschluss des Vertrages bereits arbeitslos oder arbeitsunfähig sind oder Kenntnis von einer bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit haben und der Versicherungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Vertrages eintritt, besteht kein Anspruch. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall nicht in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden kann (s. Nr. 11 B AVB). Bei der Arbeitslosigkeitsversicherung und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung gilt in jedem Fall eine Karenzzeit von 3 Monaten. Leistungen wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit können Sie daher erstmals in Anspruch nehmen, nachdem die Arbeitslosigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit 3 Monate ununterbrochen ange dauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.

Darüber hinaus gilt für die Arbeitslosigkeitsversicherung, dass Versicherungsfälle aufgrund von Arbeitslosigkeit, die innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, für die gesamte Dauer dieser Arbeitslosigkeit nicht versichert sind.

5. Welche Obliegenheiten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung haben?

Damit wir den Vertrag mit Ihnen ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie Fragen nach bestimmten Gefahrumständen, die im Zusammenhang mit dem Vertragsschluss gestellt werden, unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Unwahre oder unvollständige Angaben Ihrerseits können dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren und wir uns vorzeitig vom Vertrag lösen können (s. Nr. 5 A AVBK). Bitte beachten Sie hierzu auch die beigefügten, gesonderten Belehrungen.

Als Gefahrumstände gelten auch Auskünfte über den Gesundheitszustand (Vorerkrankungen, Krankheiten, Befunde, Diagnosen, Behandlungen, Operationen u. Ä.) der versicherten Person (Gesundheitsprüfung). Wir werden Ihre Angaben zu den Gefahrumständen bei Vertragsschluss in einer Erklärung zur Gesundheitsprüfung dokumentieren. Die Erklärung mit der Dokumentation Ihrer Angaben werden wir Ihnen dann zusammen mit dem Versicherungsschein und den sonstigen Vertragsunterlagen überlassen. Sie haben uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben durch Unterzeichnung und Rücksendung der Erklärung mit unverändertem Inhalt ohne Streichungen, Änderungen oder Ergänzungen zu bestätigen. Bis zum Zugang der unterschriebenen Erklärung bei uns sind wir berechtigt, nur eingeschränkten Versicherungsschutz zu gewähren (s. Nr. 5 A und 1.4 I AVBK).

6. Welche Obliegenheiten haben Sie während der Laufzeit des Vertrages zu beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung haben?

Sie haben uns auch nach Abschluss des Vertrages jede für den Vertrag relevante Änderung der bei Vertragsschluss gemachten Angaben unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt u.a. für die Änderung von Namen, Anschrift, Familienstand und Beruf als auch für die Änderung der tatsächlich vorhandenen Umstände, soweit sie sich auf das versicherte Risiko beziehen.

7. Welche Obliegenheit haben Sie bei Eintritt eines Schadens zu beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung haben?

Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede weitere Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist. Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit auch für die Abwendung weiterer Schäden oder Minderung des Schadens zu sorgen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln (s. Nr. 6 A AVBK).

Verletzen Sie eine der vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Soweit Sie oder die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten haben, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen (s. Nr. 16.7 A AVBK).

8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, wenn die Zahlung des fälligen Erstbeitrags bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt ist. Zahlen Sie erst zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt auch der Versicherungsschutz erst zu diesem späteren Zeitpunkt. Erst mit der vollständigen Zahlung des Erstbeitrags beginnt der Versicherungsschutz (s. Nr. 10 A AVBK). Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Vertrages oder wenn Sie trotz Fristsetzung mit der Zahlung des angemahnten Folgebeitrages in Verzug bleiben (s. Nr. 11 A AVBK).

Bitte beachten Sie die in diesem Zusammenhang auch für bestimmte Leistungen, z. B. Zusatzleistungen gemäß Abschnitt C AVBK, vereinbarte Höchstaltersgrenzen, die im Versicherungsschein dokumentiert sind.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie schließen den Vertrag mit uns auf unbestimmte Zeit, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde. Sie sind also nicht an feste, mehrjährige Vertragslaufzeiten gebunden. Die Deutsche Familienversicherung gewährt Ihnen zudem das Recht, den Vertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen, soweit nichts anderes vereinbart wurde. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich (s. Nr. 8 A AVBK). Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate eine Leistung aus der Krankenzusatzversicherung in Anspruch, ist für Sie und für uns das ordentliche Kündigungsrecht für eine Frist von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Hiervon unberührt bleiben Sonderkündigungsrechte. Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem die der Leistung zu Grunde liegende Behandlung durchgeführt wurde. Eine Sperrzeit endet spätestens, wenn die Laufzeit des Vertrages 30 Monate ab Vertragsschluss überschreitet. Ab einer Laufzeit von 30 Monaten besteht somit das tägliche Kündigungsrecht wieder uneingeschränkt.

Falls Sie noch weitere Informationen wünschen oder Rückfragen haben, können Sie uns rund um die Uhr telefonisch unter 01805-768 555* oder per Telefax unter 01805-768 777* bzw. per E-Mail an service@dfv.ag erreichen. Sämtliche Informationen finden Sie auch unter www.dfv.ag. Hier können Sie auch einfach und bequem Ihren gewünschten Versicherungsvertrag online berechnen lassen und direkt abschließen.

* Festnetz 14 Cent/Min., Mobilfunk max. 42 Cent/Min.