

Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz

in der Fassung vom 01.03.2018

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz 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. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsschutz kann nur für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geboten werden, denn der DFV-ZahnSchutz ergänzt die Leistungen der GKV. Das Versicherungsverhältnis endet, wenn die versicherte Person nicht mehr in der GKV versichert ist.

Der DFV-ZahnSchutz ersetzt nicht die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern ergänzt diese sinnvoll. Versicherungsfähig ist daher nur, wer in der deutschen GKV versichert ist.

An dem Tag, an dem für die versicherte Person die Versicherung in der GKV endet, endet auch das Versicherungsverhältnis für diese Person.

2. Leistungsumfang

2.1 Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist eine medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung, die erstmals nach Vertragsabschluss bekannt wurde und erstmals ärztlich angeraten wurde.

Der Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages

- erstmals bekannt gewordene und
- erstmals ärztlich angeratene

medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung der versicherten Person.

Unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit gelten zahnprophylaktische Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 als Versicherungsfall.

2.2 Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines anderen Kostenträgers

Vorleistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.

Vorleistungen sind die Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt. Ebenfalls als Vorleistung gilt ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) oder ein verbleibender Eigenanteil, weil eine kieferorthopädische Behandlung abgebrochen wurde.

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

2.3 Versicherungsleistungen

Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Zahnprophylaxe gemäß dem vereinbarten Leistungsumfang des gewählten Tarifs (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

Die für die versicherte Person entstandenen Aufwendungen sind nach Maßgabe und bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Dies gilt der Höhe nach auch für Behandlungen im Ausland. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Nach Abzug der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, werden zu 100 % ersetzt.

2.3.1 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Wir ersetzen alle erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach Abzug der Vorleistung einer GKV oder eines anderen Kostenträgers in der je nach gewähltem Tarif vereinbarten Höhe (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden pauschal 35 % als Vorleistung angenommen und von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.

Als **Zahnbehandlung bzw. Zahnersatz** gelten beispielsweise

- Mikroinvasive Kariesinfiltrationen;
- Kunststofffüllungen, Kompositfüllungen und Schmelz-Dentin-Adhäsivfüllungen;
- Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Onlays und Overlays;
- Eingliederungen von Provisorien;
- Eingliederungen von Aufbissbehelfen und Schienen;
- Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums;
- Wurzelbehandlungen, Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen;
- Kronen und Teilkronen;
- Stiftzähne;
- Brücken;
- Voll- und Teilprothesen;
- Implantate und auf Implantaten getragener Zahnersatz (Suprakonstruktion) einschließlich Knochenaufbau;
- Keramikverblendschalen (Veneers), Keramik- und Kunststoffverblendungen an sämtlichen Zähnen;
- Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur);

einschließlich der damit verbundenen

- Vor- und Nachbehandlungen;
- anästhetischen Leistungen und sonstigen Leistungen zur Schmerzausschaltung;
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie);
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

2.3.2 Kieferorthopädie

Als **Kieferorthopädie** gelten kieferorthopädische Behandlungen einschließlich der damit verbundenen

- Vor- und Nachbehandlungen;

- anästhetischen Leistungen und sonstigen Leistungen zur Schmerzausschaltung;
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie);
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erbringt die GKV eine Vorleistung, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung in der je nach gewähltem Tarif vereinbarten Höhe (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

Erbringt die GKV keine Vorleistung, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung in der je nach gewähltem Tarif vereinbarten Höhe bis zum vereinbarten Höchstbetrag je Versicherungsfall (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018). Dies umfasst – unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit – auch kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2. Die Begrenzung durch den Höchstbetrag entfällt, wenn die kieferorthopädische Behandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

2.3.3 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen alle erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen, beispielsweise auch professionelle Zahnreinigungen und Fissurenversiegelungen, je nach gewähltem Tarif bis zum vereinbarten Höchstbetrag je Kalenderjahr (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

3. Wartezeiten

Wir verzichten auf Wartezeiten. Das heißt, der Beginn des Versicherungsschutzes ist nicht an den Ablauf von Wartezeiten geknüpft.

Wartezeiten bestehen nicht.

4. Geltungsbereich

Wir bieten weltweit Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz gilt für medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungen auf der ganzen Welt.

5. Leistungsbegrenzungen

In den ersten 48 Monaten gelten Leistungsbegrenzungen – ausgenommen sind Zahnprophylaxe und Leistungen nach einem Unfall. Zudem gilt ein Höchstbetrag bei kieferorthopädischen Behandlungen, für die die gesetzli-

che Krankenversicherung (GKV) keine Vorleistung erbringt.

Unsere Leistungen sind je versicherter Person insgesamt in den ersten

- 12 Monaten (1. Leistungsabschnitt),
- 24 Monaten (2. Leistungsabschnitt),
- 36 Monaten (3. Leistungsabschnitt) und
- 48 Monaten (4. Leistungsabschnitt)

ab Versicherungsbeginn auf die je nach gewähltem Tarif vereinbarten Höchstbeträge begrenzt (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

Der Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung bestimmt die Zuordnung zu einem Leistungsabschnitt. Aufwendungen, die wir nicht ersetzen, weil sie den Höchstbetrag eines Leistungsabschnitts übersteigen, können nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Höchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

Die Leistungsbegrenzungen in den ersten 48 Monaten finden keine Anwendung auf

- Aufwendungen für Zahnprophylaxe und
- erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

6. Leistungsausschlüsse

Wir können Ihnen nicht unbeschränkt Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in bestimmten Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Wir ersetzen keine Aufwendungen

- für bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen;
- für die erstmalige Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss beschädigten, erkrankten, fehlenden oder noch nicht dauerhaft ersetzten Zähnen;
- für die Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss vorhandenen Zahn- oder Kieferfehlstellungen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Diese Regelung gilt auch entsprechend bei Vertragsänderungen. Das heißt, bei Vertragsänderungen gelten hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang

nur für nach Beginn der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle.

Es besteht zudem kein Versicherungsschutz

- für kosmetische Zahnbehandlungen (z.B. Bleaching);
- für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen; wird die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht und kann das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen, besteht Versicherungsschutz; terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegsereignisse;
- für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind;
- wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben; dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben; sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein schwebender Versicherungsfall vorliegt, leisten wir nicht für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind;
- für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß;
- für Aufwendungen für Heilbehandlungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen;
- für gesetzliche Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

7. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

7.1 Obliegenheiten nach Vertragsabschluss

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

Die Beendigung der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von 2 Monaten in Textform anzuzeigen.

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, an die wir dann sämtlichen Schriftverkehr Ihren Versicherungsvertrag betreffend zusenden werden. Mit der Mitteilung einer Zustelladresse erklären Sie, dass unsere Zustellungen an diese Adresse Ihnen gegenüber als wirksam zugegangen gelten.

Jeder Abschluss einer weiteren Zahnzusatzversicherung für die versicherte Person ist uns unverzüglich in Textform anzuzeigen.

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

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

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

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

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

Die Kosten für die von uns veranlasste Untersuchung werden nicht auf die Leistungsbegrenzungen in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn angerechnet.

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

7.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsabschluss

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

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

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

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

8. Versicherungsbeiträge

Der Beitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person.

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

cherten Person (siehe Anhang in der Fassung vom 01.03.2018).

Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der entsprechend neue Beitrag zu zahlen.

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

9. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

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

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.

10. 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 2 Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

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

11.1. 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.

11.2. 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 beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn.

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

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

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

11.3 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

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

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

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

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

12.1 Fälligkeit der Folgebeiträge

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

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

12.2 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

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

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist von 2 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.

13. Laufzeit, Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1 Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

13.2 Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal 12

Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

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

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

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

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

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

13.3 Beendigung des Versicherungsvertrages

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

Der Versicherungsvertrag endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

Der Versicherungsvertrag endet, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod in Textform abzugeben.

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

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

14. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben in Textform zu erfolgen.

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z.B. per 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 Vertragsabschluss 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, auch wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.

Anhang für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz

in der Fassung vom 01.03.2018

Dieser Anhang ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz in der Fassung vom 01.03.2018.

Die wesentlichen Leistungsmerkmale im Überblick:

Zahnbehandlung und Zahnersatz, beispielsweise

- Mikroinvasive Kariesinfiltrationen;
- Kunststofffüllungen, Kompositfüllungen und Schmelz-Dentin-Adhäsivfüllungen;
- Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Onlays und Overlays;
- Eingliederungen von Provisorien;
- Eingliederungen von Aufbissbehelfen und Schienen;
- Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums;
- Wurzelbehandlungen, Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen;
- Kronen und Teilkronen;
- Stiftzähne;
- Brücken;
- Voll- und Teilprothesen;
- Implantate und auf Implantaten getragener Zahnersatz (Suprakonstruktion) einschließlich Knochenaufbau;
- Keramikverblendschalen (Veneers), Keramik- und Kunststoffverblendungen an sämtlichen Zähnen;
- Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur);

einschließlich der damit verbundenen

- Vor- und Nachbehandlungen;
- anästhetischen Leistungen und sonstigen Leistungen zur Schmerzausschaltung;
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie);
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Kieferorthopädie

- Kieferorthopädische Behandlungen nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5

einschließlich der damit verbundenen

- Vor- und Nachbehandlungen;
- anästhetischen Leistungen und sonstigen Leistungen zur Schmerzausschaltung;
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Gnathologie);
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Zahnprophylaxe

- Alle zahnprophylaktische Maßnahmen, beispielsweise professionelle Zahnreinigungen und Fissurenversiegelungen

Versicherungsleistungen

In Ergänzung zur Ziffer 2.3 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz gilt:

Versicherungsleistungen	DFV-ZahnSchutz Basis				
	10	20	30	40	50
Zahnbehandlung und Zahnersatz	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %
Kieferorthopädie mit Vorleistung GKV	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %
Kieferorthopädie ohne Vorleistung GKV je Versicherungsfall höchstens	10 % 200 EUR	20 % 400 EUR	30 % 600 EUR	40 % 800 EUR	50 % 1.000 EUR
Zahnprophylaxe je Kalenderjahr höchstens	100 % 20 EUR	100 % 40 EUR	100 % 60 EUR	100 % 80 EUR	100 % 100 EUR
DFV-ZahnSchutz Assistance	✓	✓	✓	✓	✓

Versicherungsleistungen	DFV-ZahnSchutz				
	Komfort		Premium		Exklusiv
	60	70	80	90	100
Zahnbehandlung und Zahnersatz	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Kieferorthopädie mit Vorleistung GKV	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Kieferorthopädie ohne Vorleistung GKV je Versicherungsfall höchstens	60 % 1.200 EUR	70 % 1.400 EUR	80 % 1.600 EUR	90 % 1.800 EUR	100 % 2.000 EUR
Zahnprophylaxe je Kalenderjahr höchstens	100 % 120 EUR	100 % 140 EUR	100 % 160 EUR	100 % 180 EUR	100 % 200 EUR
DFV-ZahnSchutz Assistance	✓	✓	✓	✓	✓

Nach Abzug der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind, werden zu 100 % ohne Höchstbetrag ersetzt.

Leistungsbegrenzungen

In Ergänzung zur Ziffer 5 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz gilt:

Leistungshöhe in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn	DFV-ZahnSchutz Basis				
	10	20	30	40	50
in den ersten 12 Monaten höchstens	125 EUR	250 EUR	375 EUR	500 EUR	625 EUR
in den ersten 24 Monaten höchstens	250 EUR	500 EUR	750 EUR	1.000 EUR	1.250 EUR
in den ersten 36 Monaten höchstens	375 EUR	750 EUR	1.125 EUR	1.500 EUR	1.875 EUR
in den ersten 48 Monaten höchstens	500 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR	2.000 EUR	2.500 EUR

Leistungshöhe in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn	Komfort		DFV-ZahnSchutz Premium		Exklusiv 100
	60	70	80	90	
in den ersten 12 Monaten höchstens	750 EUR	875 EUR	1.000 EUR	1.125 EUR	1.250 EUR
in den ersten 24 Monaten höchstens	1.500 EUR	1.750 EUR	2.000 EUR	2.250 EUR	2.500 EUR
in den ersten 36 Monaten höchstens	2.250 EUR	2.625 EUR	3.000 EUR	3.375 EUR	3.750 EUR
in den ersten 48 Monaten höchstens	3.000 EUR	3.500 EUR	4.000 EUR	4.500 EUR	5.000 EUR

Die Leistungsbegrenzungen finden keine Anwendung bei unfallbedingten Aufwendungen.

Versicherungsbeiträge

In Ergänzung zur Ziffer 8 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz gilt:

Altersstufe / Monatsbeitrag	DFV-ZahnSchutz				
	Basis				
	10	20	30	40	50
0 - 20 Jahre	2,50 EUR	4,00 EUR	6,00 EUR	8,00 EUR	10,00 EUR
21 - 30 Jahre	3,00 EUR	5,00 EUR	7,50 EUR	10,00 EUR	12,00 EUR
31 - 40 Jahre	3,50 EUR	7,00 EUR	10,00 EUR	13,00 EUR	16,00 EUR
41 - 45 Jahre	5,00 EUR	9,00 EUR	12,50 EUR	16,50 EUR	20,50 EUR
46 - 50 Jahre	5,50 EUR	10,00 EUR	14,50 EUR	19,00 EUR	23,50 EUR
51 - 55 Jahre	6,50 EUR	12,00 EUR	17,00 EUR	22,50 EUR	28,00 EUR
56 - 60 Jahre	7,50 EUR	13,00 EUR	19,00 EUR	24,50 EUR	30,50 EUR
61 - 70 Jahre	8,00 EUR	14,50 EUR	20,50 EUR	27,00 EUR	33,00 EUR
71 - 80 Jahre	8,00 EUR	14,00 EUR	20,00 EUR	26,50 EUR	32,50 EUR
ab 81 Jahre	4,50 EUR	7,50 EUR	11,00 EUR	14,50 EUR	17,50 EUR

Altersstufe / Monatsbeitrag	DFV-ZahnSchutz				
	Komfort		Premium		Exklusiv
	60	70	80	90	100
0 - 20 Jahre	12,00 EUR	14,00 EUR	16,00 EUR	18,00 EUR	20,00 EUR
21 - 30 Jahre	14,50 EUR	17,00 EUR	19,00 EUR	21,50 EUR	24,00 EUR
31 - 40 Jahre	19,00 EUR	22,00 EUR	25,00 EUR	28,00 EUR	31,50 EUR
41 - 45 Jahre	24,50 EUR	28,50 EUR	32,50 EUR	36,00 EUR	40,00 EUR
46 - 50 Jahre	28,00 EUR	32,00 EUR	36,50 EUR	41,00 EUR	45,50 EUR
51 - 55 Jahre	33,00 EUR	38,50 EUR	43,50 EUR	49,00 EUR	54,00 EUR
56 - 60 Jahre	36,00 EUR	41,50 EUR	47,50 EUR	53,00 EUR	59,00 EUR
61 - 70 Jahre	39,50 EUR	45,50 EUR	52,00 EUR	58,50 EUR	64,50 EUR
71 - 80 Jahre	38,50 EUR	45,00 EUR	51,00 EUR	57,00 EUR	63,50 EUR
ab 81 Jahre	21,00 EUR	24,50 EUR	27,50 EUR	31,00 EUR	34,50 EUR

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten DFV-ZahnSchutz

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-ZahnSchutz ist eine Zahnzusatzversicherung. Versicherungsschutz kann nur für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geboten werden, denn der DFV-ZahnSchutz ergänzt die Leistungen der GKV. Das Versicherungsverhältnis endet, wenn die versicherte Person nicht mehr in der GKV versichert ist.



Was ist versichert?

- ✓ Der Versicherungsfall ist eine medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung, die erstmals nach Vertragsabschluss bekannt wurde und erstmals ärztlich angeraten wurde.
- ✓ Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Zahnprophylaxe gemäß dem vereinbarten Leistungsumfang des gewählten Tarifs.
 - ✓ Zahnbehandlung und Zahnersatz, z. B.
 - ✓ Mikroinvasive Kariesinfiltration,
 - ✓ Einlagefüllungen,
 - ✓ Parodontosebehandlungen,
 - ✓ Wurzelbehandlungen,
 - ✓ Kronen,
 - ✓ Brücken,
 - ✓ Implantate,
 - ✓ Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur),
 - ✓ Kieferorthopädie nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1- 5,
 - ✓ Zahnprophylaxe, z. B. professionelle Zahnreinigung oder Fissurenversiegelung.

Wie hoch sind die Versicherungsleistungen?

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir können Ihnen nicht unbeschränkt Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in bestimmten Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- ✗ Wir ersetzen u. a. keine Aufwendungen
 - ✗ für bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen,
 - ✗ für die erstmalige Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss beschädigten, erkrankten, fehlenden oder noch nicht dauerhaft ersetzten Zähnen,
 - ✗ für die Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss vorhandenen Zahn- oder Kieferfehlstellungen,
 - ✗ für kosmetische Zahnbehandlungen (z.B. Bleaching),
 - ✗ für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
 - ✗ für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder; Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß
 - ✗ für gesetzliche Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! In den ersten 48 Monaten gelten Leistungsbegrenzungen – ausgenommen sind Zahnprophylaxe und Leistungen nach einem Unfall.
- ! Zudem gilt ein Höchstbetrag bei kieferorthopädischen Maßnahmen, für die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) keine Vorleistung erbringt.



Wo bin ich versichert?

✓ Wir bieten weltweit Versicherungsschutz.



Welche Pflichten habe ich?

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

- Die Beendigung der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von 2 Monaten in Textform anzuzeigen.
- Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren Hauptwohnsitz ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich nach Kenntnis der Wohnortverlegung eine verbindliche Zustelladresse in der Bundesrepublik Deutschland mitzuteilen.
- Jeder Abschluss einer weiteren Zahnzusatzversicherung für die versicherte Person ist uns unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Im Versicherungsfall haben Sie uns sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers im Original vorzulegen.
- Sie sind verpflichtet, so weit wie möglich den Schaden abzuwenden bzw. zu mindern, unsere Weisungen hierzu einzuholen und danach zu handeln sowie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles sowie des Leistungsumfanges erforderlich ist.
- Im Versicherungsfall haben Sie auf unser Verlangen Ihren behandelnden Zahnarzt/Kieferorthopäden von der Schweigepflicht zu entbinden oder sich auf unsere Kosten von einem neutralen Zahnarzt/Kieferorthopäden untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

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



Wann und wie muss ich bezahlen?

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

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



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

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

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



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal 12 Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

Kundeninformationsblatt

in der Fassung vom 01.05.2016

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

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

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

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

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

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

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

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungs-

schein genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

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

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 Tarifblatt näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Gesamtbeitrag Ihrer Versicherung?

Die Höhe des Beitrags ist abhängig von dem gewählten Versicherungsschutz und richtet sich nach dem jeweiligen Lebensalter der versicherten Person. Zu Beginn des Versicherungsvertrages ist das zum Zeitpunkt des vereinbarten Versicherungsbegins erreichte Lebensalter (Eintrittsalter) maßgeblich. Den zu zahlenden Beitrag können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

Sie können Ihre Beiträge, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zahlen. Zuschläge für eine unterjährige Beitragszahlung werden von uns nicht erhoben.

Sie können auch bequem am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen.

Der Beitrag gilt als bezahlt, wenn die entsprechenden Beträge auf unserem Konto eingegangen sind oder bei einem SEPA-Lastschriftmandat von dem Konto abgebucht werden konnten und der Abbuchung nicht widersprochen wird.

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

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

8. Wie kommt der Versicherungsvertrag zustande?

Der Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und uns kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen. Je nach Vereinbarung nehmen Sie unser Angebot durch ausdrückliche Erklärung, Zahlung des Erstbeitrages oder durch Rücksendung vertragsrelevanter Unterlagen an.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des fälligen Erstbeitrages erfolgt ist.

9. Wann und wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

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 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die recht-

zeitige Absendung Ihres Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

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

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Ende der Widerrufsbelehrung

10. Welche Laufzeit gilt für Ihren Versicherungsvertrag?

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

an Ihre geänderten Lebensumstände anzupassen.

11. Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

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

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

12. Welches Recht findet Anwendung?

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

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

Kundenzufriedenheit ist uns wichtig, dennoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass Sie Anlass zu einer Beschwerde sehen. In solchen

Fällen können Sie sich gerne an den Vorstand der Deutschen Familienversicherung oder an folgende Stelle wenden:

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

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

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

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

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

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Gültig ab: 01.05.2016

Vorbemerkung

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

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

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

2. Datenübermittlung an den Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

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

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbruch hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können an das HIS gemeldet werden. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache betreffen. Eine Meldung zur Person ist z. B. möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder das Schadenbild mit der Schadensschilderung nicht in Einklang zu bringen ist.

Versicherungsunternehmen fragen auch Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von anderen Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

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

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

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

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

6. Betreuung durch Vermittler

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

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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

DFV-ZahnSchutz Assistance

Für schnelle Hilfe rund um die Uhr unter 069 95 86 99 79

Mit der DFV-ZahnSchutz Assistance bietet Ihnen die Deutsche Familienversicherung eine 24-Stunden-Hotline zu folgenden Themen:

Information zur Mundhygiene und Prävention	✓
Erläuterung zu Behandlungsmethoden	✓
Informationen zu Zahnfüllungen, Zahnersatz usw.	✓
Benennung von Zahnärzten in Wohnortnähe	✓
Zahnmedizinische Zweitmeinung / Beurteilung nach Aktenlage	✓
Recherche von Zahnkliniken im Ausland mit deutschsprachigem Personal	✓

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

Ein Anspruch auf die Assistance-Leistungen besteht nicht, wenn kein Versicherungsschutz im Rahmen der Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz 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 Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz.

Der DFV-ZahnSchutz Assistance liegen ergänzend die Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz zugrunde.

DFV-Garantien

Wir geben Ihnen mehr als nur ein Versprechen

Mit Abschluss der Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz bietet die Deutsche Familienversicherung folgende Garantien:

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

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

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

Der Anspruch auf Leistungen aus den DFV-Garantien erlischt mit Beendigung der zugrundeliegenden Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz.

DFV-FürsorgeGarantie

in der Fassung vom 01.12.2012

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

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

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

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

Mit Antragstellung haben Sie den Garantiefall darzulegen. Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld weisen Sie durch die Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nach. Ihre Arbeitsunfähigkeit ist durch ein Attest eines in Deutschland zugelassenen und approbierten Arztes zu bestätigen. Trotz Antragstellung bleiben Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge noch bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten.

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

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

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit ist ausgeschlossen,

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

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn

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

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

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