

DFV-KrankenGeld

DFV-Vermittler-Nummer

Vermittler-Nummer

Versicherungsnehmer

Bitte nehmen Sie die Datenschutzhinweise (**siehe Buchstabe A**) auf der Rückseite zur Kenntnis.

Anrede Frau Herr Dr. Prof. Titel

Vorname

Nachname

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Geburtsdatum T T M M J J J J Versicherungsbeginn T T M M J J J J Der Versicherungsbeginn muss in der Zukunft liegen. Möglich sind nur der 01. und 15. eines Monats.

Telefon

E-Mail

Pflichtfeld: Die Bereitstellung Ihrer Vertragsunterlagen erfolgt elektronisch, dafür benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse.

Abweichende versicherte Person anstelle des Versicherungsnehmers

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T M M J J J J Geschlecht männlich weiblich

Weitere verpflichtende Angaben zur versicherten Person

! Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht (**siehe Buchstabe B**) und die Gesundheitsfrage (**siehe Buchstabe C**) auf der Rückseite.

Körpergewicht in kg Körpergröße in cm **Sind Sie Berufs- oder Vertragssportler?** ja nein **gesetzlich krankenversichert**
Versicherungsfähig sind nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind.

Der BMI-Wert muss zwischen 17 und 38 liegen (für Minderjährige zwischen 15 und 30).

Folgende **Tarifvariante** wird beantragt:

DFV-KrankenGeld

DFV-KrankenGeld DFV-KrankenGeld Plus **Krankentagegeld** € **Monatsbeitrag** €

Das zu zahlende Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Kranken- oder Krankentagegeldern Dritter das tatsächlich erzielte durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person der letzten 12 Monate zuzüglich der Beitragsanteile zur Sozialversicherung nicht übersteigen.

Beitragszahlung

IBAN D E Bankleitzahl Kontonummer

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Vor-/Nachname abweichender Kontoinhaber

Datum Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers

Ich willige bis auf Widerruf ein, dass mich die DFV Deutsche Familienversicherung AG zukünftig über Versicherungsangebote per Telefon und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit formlos gegenüber der DFV Deutsche Familienversicherung AG erklärt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- die **Datenschutzhinweise** auf der Rückseite zur Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu den dort genannten Zwecken zur Kenntnis genommen zu haben und stimme diesen ausdrücklich zu. (**siehe Buchstabe A**).
- die **Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht** zur Kenntnis genommen zu haben (**siehe Buchstabe B**).
- die **Angaben zur versicherten Person** wahrheitsgemäß gemacht zu haben und beantworte die **Gesundheitsfrage** auf der Rückseite insgesamt mit „**NEIN**“ (**siehe Buchstabe C**).
- die **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates** nach den Bestimmungen auf der Rückseite (**siehe Buchstabe D**).

Datum Unterschrift des **Versicherungsnehmers** Unterschrift der **versicherten Person**, falls vom Versicherungsnehmer abweichend und volljährig

A) Datenschutzhinweise

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die DFV Deutsche Familienversicherung AG. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz -Datenschutzbeauftragter- oder per E-Mail unter: datenschutz@deutsche-familienversicherung.de

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

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

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

Wollen Sie eine Versicherung abschließen, benötigen wir ihre Antragsdaten (u.a. Name, Vorname, Geschlecht, Geburtstag/Alter, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung und ggfls. auch Angaben zum Gesundheitszustand) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing und Vertragsverwaltung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 a und b) DSGVO. Soweit zusätzlich besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten) erforderlich sind, erfolgt dies nur mit ihrer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein: zur Werbung für eigene Versicherungsprodukte und zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten.

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

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

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

3.1 Rückversicherungen

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

3.2 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Wir übermitteln diese Daten an Ihren Vermittler, soweit er diese für Ihre Betreuung und Beratung benötigt. Angaben zu Ihrer Gesundheit werden von uns an selbstständige Vermittler nur weitergegeben, wenn Sie gegenüber Ihrem Vermittler zuvor darin eingewilligt haben. Nur soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann Ihr Vermittler u.a. auch nach § 203 StGB geschützte Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Versicherungsvertrag angenommen werden kann.

3.3 Externe Dienstleister

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur eine vorübergehende Geschäftsbeziehung besteht, können Sie auf unserer Internetseite unter www.deutsche-familienversicherung.de/datenschutz einsehen.

3.4 Weitere Empfänger

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

4. Schweigepflichtentbindungserklärung

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

5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten mehr bestehen. Es kann auch vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

6. Betroffenenrechte

Sie erhalten jederzeit auf Antrag unentgeltlich Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Sie können unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung, Löschung oder eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten sowie die Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format verlangen.

7. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

9. Bonitätsauskunft

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

10. Automatisierte Einzelfallentscheidung einschließlich Profiling

Auf der Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Ihre Daten verarbeiten wir zudem teilweise automatisiert, um bestimmte persönliche Aspekte zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Vertragsanbahnung und der Bestandsauswertung anhand von mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren zu bewerten (Profiling).

! B) Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sie sind verpflichtet, die Ihnen von uns vor Vertragsabschluss in Textform gestellte/n Frage/n, insbesondere die Gesundheitsfrage/n, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, es sei denn Sie beweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen. Dann dürfen wir den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Das Rücktrittsrecht wegen grober Fahrlässigkeit und das Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis des nicht angezeigten Umstandes geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

C) Gesundheitsfrage an die zu versichernde Person

Hat die zu versichernde Person

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt, das Down-Syndrom, sind bei ihr Operationen, Reha-Maßnahmen oder stationäre Behandlungen vorgesehen oder angeraten, stehen noch Untersuchungsergebnisse aus oder besteht bei ihr eine **Schwangerschaft** oder bestand bei ihr in den letzten fünf Jahren eine der nachfolgenden Erkrankungen oder deren Folgen:

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

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

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

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

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatom

- Tumorerkrankungen

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

oder lag in diesem Zeitraum aus anderen Gründen eine **ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit für mehr als drei zusammenhängende Wochen** vor?

Ist die zu versichernde Person 65 Jahre oder älter, beantworten Sie noch folgende Zusatzfrage: Trägt die zu versichernde Person ein Körperersatzstück, eine Prothese, Gefäßstütze (z.B. Stent) oder einen Herzschrittmacher oder benötigt sie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Hilfestellung oder Hilfsmittel beim An- und Ausziehen, Essen, Gehen oder Treppensteigen, wie z. B. Gehhilfen, Unterarmstützen, Treppenlift, Rollator oder Rollstuhl)?

D) SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DFV Deutsche Familienversicherung AG (Gläubiger-ID: DE09ZZZ0000032690), die laufenden Versicherungsbeiträge aus dem beantragten Versicherungsvertrag unter der Mandatsreferenznummer, die der Policen-Nummer entspricht, entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise von dem angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit das Kreditinstitut an, auf das Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die DFV Deutsche Familienversicherung AG wird mich spätestens drei Tage vor der Abbuchung über den bevorstehenden Einzug informieren.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten DFV-KrankenGeld

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-KrankenGeld ist eine Verdienstausschlagversicherung ab dem 43. Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist.



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheiten oder Unfällen.
- ✓ Wir zahlen Ihnen nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen und nach Ablauf der Karenzzeit im Versicherungsfall ein Krankentagegeld im vertraglichen Umfang
 - ✓ für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
 - ✓ nach Ende der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes,
 - ✓ bei stufenweiser Wiedereingliederung,
 - ✓ bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit sowie
 - ✓ bei Arbeitslosigkeit.
- ✓ Unabhängig von einer Karenzzeit zahlen wir die vereinbarte Leistung
 - ✓ bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Erkrankung eines Kindes der versicherten Person sowie
 - ✓ in Form der Geburtspauschale.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir können Ihnen nicht unbeschränkt Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Kein Versicherungsschutz besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - ✗ wegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI,
 - ✗ wegen einer durch Verwahrung bedingten Unterbringung,
 - ✗ wegen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
 - ✗ während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter,
 - ✗ die vorsätzlich herbeigeführt wurde einschließlich deren Folgen,
 - ✗ die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Das zu zahlende Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Kranken- oder Krankentagegeldern Dritter und sonstigen Einkünften das auf den Kalendertag umgerechnete, tatsächlich erzielte durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person der letzten 12 Monate zuzüglich der Beitragsanteile zur Sozialversicherung nicht übersteigen.
- ! Es gilt eine Karenzzeit von 42 Kalendertagen nach Eintritt des Versicherungsfalles.
- ! Bei einer Minderung des durchschnittlichen Nettoeinkommens wird das Krankentagegeld entsprechend angepasst.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten gilt: Beim Aufenthalt außerhalb Europas besteht ohne besondere Vereinbarung wie in Europa Versicherungsschutz, d. h. für im Ausland akut eintretende Krankheiten oder Unfälle wird das Krankentagegeld während der stationären Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.



Welche Pflichten habe ich?

Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung:

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

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

- Auf unser Verlangen haben Sie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Sie und die versicherte Person haben uns insbesondere spätestens nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich
 - den Abschluss oder die Erhöhung anderweitiger Krankentagegeldversicherungen der versicherten Person,
 - den Bezug von Altersrente als Voll- oder Teilrente, Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsminderung der versicherten Person anzuzeigen.
- Sobald Sie Kenntnis von dem Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit, unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung in Textform anzeigen. Erfolgt die Anzeige des Versicherungsfalles verspätet, kann die Versicherungsleistung bis zum Zugangstag der Anzeige bei uns gekürzt werden. Dauert die Arbeitsunfähigkeit über den ärztlich bescheinigten Zeitraum hinaus an, haben Sie uns dies spätestens innerhalb von fünf Kalendertagen nach Ablauf der zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage einer erneuten ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen.
- Sie haben uns durch Vorlage von Gehaltsnachweisen das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen.
- Bei Selbständigen ist auf Verlangen die Gewinn- und Verlustrechnung des letzten Kalenderjahres vorzulegen.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

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

Sie müssen die 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.

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder bei Feststellung von Berufsunfähigkeit 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 01.09.2019

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

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

**Rufnummer 069 95 86 969
Telefax 069 95 86 958
E-Mail service@deutsche-familienversicherung.de**

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

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

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

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

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungsschein

genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

Wir bieten private Krankenzusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (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 Anhang näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Beitrag Ihrer Versicherung?

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

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

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

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

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

elektronischem Bezahlendienst von dem Konto abgebucht werden konnten und der Abbuchung nicht widersprochen wird.

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

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

8. Wie kommt der Versicherungsvertrag zustande?

Der Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und uns kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag oder Sie unser Angebot annehmen. Je nach Vereinbarung nehmen Sie unser Angebot durch ausdrückliche Erklärung, Zahlung des Erstbeitrages oder durch Rücksendung vertragsrelevanter Unterlagen an. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des fälligen Erstbeitrages erfolgt ist.

9. Wann und wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Anfang der Widerrufsbelehrung

Wir gewähren Ihnen eine Widerrufsfrist von zwei Monaten, obwohl der Gesetzgeber für diesen Fall lediglich eine Frist von 14 Tagen vorsieht. Mit Verlängerung dieser Widerrufsfrist haben wir für Sie eine besonders kundenfreundliche Regelung geschaffen, damit Sie in Ruhe Ihre Vertragserklärung überdenken können.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Monaten ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten

gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung Ihres Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

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

Widerrufsfolgen

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

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

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

Ende der Widerrufsbelehrung

10. Welche Laufzeit gilt für Ihren Versicherungsvertrag?

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

11. Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

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

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

12. Welches Recht findet Anwendung?

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

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

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

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

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

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

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

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

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

Versicherungsbedingungen
für die Verdienstausfallversicherung DFV-KrankenGeld
in der Fassung vom 01.12.2017

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die Verdienstausfallversicherung bei Arbeitsunfähigkeit DFV-KrankenGeld in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

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

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

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

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

DFV-KrankenGeld ist eine Verdienstausfallversicherung ab dem 43. Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist.

DFV-KrankenGeld ist eine Verdienstausfallversicherung, die ab dem 43. Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer und Selbstständige ab Vollendung des 16. Lebensjahres und bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, die bei einer deutschen GKV versichert sind. Ist die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert, entfällt die Versicherungsfähigkeit.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheiten oder Unfällen.

Versicherungsfall ist die während einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ärztlich festgestellte, zeitlich vollständige Arbeitsunfähigkeit (100 %) der versicherten Person.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihre ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Der Versicherungsfall beginnt mit Beginn der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen, approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Während einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit neu eingetretene Krankheiten oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründen nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der zuerst behandelten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen.

2.2. Versicherungsleistungen

Wir zahlen Ihnen nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen und nach Ablauf der Karenzzeit im Versicherungsfall ein Krankentagegeld im vertraglichen Umfang

- für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
- nach Ende der Höchstbezugsdauer des GKV-Krankengeldes,
- bei stufenweiser Wiedereingliederung,
- bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung sowie
- bei Arbeitslosigkeit.

Unabhängig von einer Karenzzeit zahlen wir die vereinbarte Leistung

- bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Erkrankung eines Kindes der versicherten Person sowie
- in Form einer Geburtspauschale.

2.2.1. Krankentagegeld für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit

Wir zahlen Ihnen das vereinbarte Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

Im Versicherungsfall zahlen wir nach Ablauf der Karenzzeit das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

Dies gilt auch, wenn im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit eine ambulante oder stationäre Kur in einem Heilbad und Kurort, eine stationäre Sanatoriumsbehandlung, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt medizinisch notwendig wird.

Wird eine Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

2.2.2. Krankentagegeld nach Ende der Höchstbezugsdauer des GKV-Krankengeldes

Wird die Zahlung des Krankengeldes durch die Sozialversicherungsträger wegen Erreichen der Höchstbezugsdauer eingestellt, verdoppeln wir das vereinbarte Krankentagegeld bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, maximal jedoch für ein Jahr.

Ist der Versicherungsfall eingetreten und endet die Zahlung des Krankengeldes durch die Sozialversicherungsträger wegen Erreichen der Höchstbezugsdauer, verdoppeln wir je nach gewähltem Tarif das mit uns vereinbarte Krankentagegeld für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit, jedoch maximal für die Dauer von 12 Monaten ab Beendigung des Krankengeldbezuges durch die Sozialversicherungsträger.

2.2.3. Krankentagegeld bei stufenweiser Wiedereingliederung

Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld unter Anrechnung erzielter Einkünfte weiter.

Nimmt die versicherte Person während der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit mit ärztlicher Zustimmung und nach Maßgabe eines Wiedereingliederungsplans wieder stufenweise auf, wird für die Dauer dieser teilweisen Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Krankentagegeld bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit weiter gezahlt, bei Arbeitnehmern jedoch maximal für 182 Tage und bei Selbständigen maximal 42 Tage je Versicherungsfall. Wird im Rahmen eines Versicherungsfalles die Wiedereingliederung unterbrochen und in einem weiteren Versuch später fortgeführt, werden die Zeiten der Wiedereingliederung zusammengerechnet. Die während der Wiedereingliederung erzielten Einkünfte sind nachzuweisen und werden auf die Versicherungsleistung angerechnet.

2.2.4. Krankentagegeld bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung

Bei Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung während einer Arbeitsunfähigkeit zahlen wir bis zu dem Beginn einer Rentenzahlung das Krankentagegeld weiter, maximal jedoch für 6 Monate.

Ist der Versicherungsfall eingetreten und wird durch medizinischen Befund festgestellt, dass die versicherte Person berufsunfähig oder erwerbsgemindert ist, zahlen wir ab dem Tag der Feststellung das Krankentagegeld solange weiter, bis die versicherte Person von dem zuständigen Rentenversicherungsträger oder von einem privaten Versicherer eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhält, maximal jedoch für die Dauer von 6 Monaten, wobei wir in den ersten drei Monaten 100 % und in den folgenden drei Monaten 50 % des vereinbarten Krankentagegeldes leisten.

2.2.5. Krankentagegeld bei Arbeitslosigkeit

Bei Eintritt von unverschuldeter Arbeitslosigkeit während einer Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld bis zum Eintritt in ein neues Beschäftigungsverhältnis weiter, maximal jedoch für 12 Monate ab Beginn der Arbeitslosigkeit.

Wird die versicherte Person während eines Versicherungsfalles unverschuldet arbeitslos, zahlen wir das vereinbarte Krankentagegeld für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, maximal für 12 Monate, weiter.

2.2.6. Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes der versicherten Person

Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Erkrankung eines Kindes zahlen wir das vereinbarte Krankentagegeld für bis zu 10 Arbeitstage.

Kann die versicherte Person aufgrund der Erkrankung eines ihrer Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachkommen und steht auch keine andere, im selben Haushalt lebende Person für die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes zur Verfügung, zahlen wir je nach gewähltem Tarif gegen Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung und unabhängig von einer Karenzzeit das vereinbarte Krankentagegeld.

Der Anspruch besteht je Kind der versicherten Person längstens für 10 Arbeitstage, für alle Kinder jedoch für maximal 25 Arbeitstage im Versicherungsjahr.

2.2.7. Geburtspauschale

Für die Geburt eines Kindes zahlen wir das 12-fache des Krankentagegeldes als Geburtspauschale.

Unabhängig vom Vorliegen eines Versicherungsfalles und der Karenzzeit zahlen wir gegen Vorlage der Geburtsurkunde für die Geburt eines Kindes der versicherten Person während der Vertragslaufzeit einmalig eine Geburtspauschale in Höhe des 12-fachen des vereinbarten Krankentagegeldes.

2.3. Auszahlung der Versicherungsleistung

Wir zahlen Ihnen das Krankentagegeld nach Vorlage einer Bescheinigung Ihrer Krankenkasse über den Krankengeldbezug rückwirkend aus.

Wir zahlen Ihnen das Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit und nach Vorlage eines Nachweises Ihrer Krankenkasse über die Höhe und Dauer des Krankengeldbezuges für den nachgewiesenen Zeitraum rückwirkend aus.

3. Berechnung des Krankentagegeldes

Das zu zahlende Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Kranken- oder Krankentagegeldern Dritter das tatsächlich erzielte durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person der letzten 12 Monate zuzüglich der Beitragsanteile zur Sozialversicherung nicht übersteigen.

Das Krankentagegeld wird maximal in vereinbarter Höhe gezahlt. Die vereinbarte Höhe des Krankentagegeldes ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Die Höhe des von uns zu zahlenden Krankentagegeldes wird durch das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person begrenzt.

Bei Arbeitnehmern gilt das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Bei Selbständigen gelten als durchschnittliches Nettoeinkommen 80 % des Gewinns (Betriebs- und sonstige Einnahmen abzüglich Betriebsausgaben) vor Steuern aus dem Kalenderjahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zu dem durchschnittlichen Nettoeinkommen der versicherten Person werden die nach dem Ende der Entgeltfortzahlung von der versicherten Person zu zahlenden Beitragsanteile für die gesetzliche Renten-, Arbeitslosen- und Pflegepflichtversicherung hinzugerechnet.

Das von uns zu zahlende Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeldleistungen Dritter, Krankengeldern der GKV und von sonstigen Trägern der Sozialversicherung (z. B. Verletztengeld, Übergangsgeld) und weiteren Einkünften das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigen. Daher kann das zu zahlende Krankentagegeld geringer sein als das vereinbarte Krankentagegeld.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

4. Anpassung des Krankentagegeldes

4.1. Versicherungsdynamik

Die Höhe des Krankentagegeldes können Sie alle drei Versicherungsjahre der allgemeinen Einkommensentwicklung ohne erneute Gesundheitsprüfung anpassen.

Im Rahmen der Versicherungsdynamik können Sie das für die versicherte Person vereinbarte Krankentagegeld alle drei Versicherungsjahre ohne erneute Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung erhöhen.

Als Grundlage für die allgemeine Einkommensentwicklung wird das Durchschnittseinkommen aller Versicherten im Sinne der deutschen Sozialversicherung herangezogen.

Sie erhalten von uns vor der Versicherungsdynamik eine Mitteilung in Textform über die Erhöhung des Krankentagegeldes mit dem Änderungstermin. Das Angebot einer Versicherungsdynamik unterbleibt, wenn das vereinbarte Krankentagegeld unsere versicherbare Höchsttagegeldgrenze erreicht hat.

Das Recht zur Erhöhung des Krankentagegeldes im Rahmen der Versicherungsdynamik können Sie nur innerhalb von zwei Monaten ab Erhalt der Mitteilung über die Versicherungsdynamik zu dem Zeitpunkt des Änderungstermins in Anspruch nehmen.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes wird auf volle 1,00 EUR aufgerundet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes bewirkt auch eine Erhöhung des Versicherungsbeitrages.

Eine Erhöhung des Krankentagegeldes ist für laufende Versicherungsfälle ausgenommen.

4.2. Erhöhung des Nettoeinkommens

Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens der versicherten Person können Sie eine Anpassung des Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung verlangen.

Erhöht sich nicht nur vorübergehend das Nettoeinkommen der versicherten Person, haben Sie die Möglichkeit, das vereinbarte Krankentagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung entsprechend dem Verhältnis der Erhöhung des Nettoeinkommens anzupassen.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung können Sie nur innerhalb von zwei Monaten nach Wirksamwerden der Erhöhung des Nettoeinkommens beantragen.

Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt – auch für laufende Versicherungsfälle – zu dem Zeitpunkt der tatsächlichen Erhöhung des Nettoeinkommens.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes wird auf volle 1,00 EUR aufgerundet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes bewirkt auch eine Erhöhung des Versicherungsbeitrages.

4.3. Minderung des Nettoeinkommens

Bei einer Minderung des durchschnittlichen Nettoeinkommens wird das Krankentagegeld entsprechend angepasst.

Mindert sich das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, so können wir – auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für Selbständige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht.

Die Herabsetzung des Krankentagegeldes und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Minderung des Krankentagegeldes

bleibt unsere Leistungspflicht im bisherigen Umfang für laufende Versicherungsfälle unverändert.

5. Karenzzeit und wiederholte Arbeitsunfähigkeit

5.1. Karenzzeit

Es gilt eine Karenzzeit von 42 Kalendertagen nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Die Karenzzeit beträgt 42 Kalendertage nach Eintritt des Versicherungsfalles. Für den Zeitraum der Karenzzeit sind wir – mit Ausnahme der Ziffern 2.2.6. (Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes der versicherten Person) und 2.2.7. (Geburtszuschale) – nicht zur Leistung verpflichtet.

5.2. Wiederholte Arbeitsunfähigkeit

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeiten wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge werden unter den nachstehenden Voraussetzungen zusammengerechnet und auf die Karenzzeit angerechnet.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit erneut eine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, werden die Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge der letzten 12 Monate auf die Karenzzeit angerechnet.

Um dieselbe Krankheit oder Unfallfolge handelt es sich unabhängig von der Krankheitsbezeichnung dann, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang zu einer vorangegangenen Krankheit oder Unfallfolge steht.

Haben Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeiten bei der Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet, werden diese bei der Ermittlung der Karenzzeit ebenfalls zusammengerechnet.

Für Selbständige gilt dies sinngemäß.

6. Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Versicherungsbeitrages richtet sich nach dem Alter der zu versichernden Person bei Versicherungsbeginn.

Die Höhe des Versicherungsbeitrages ist abhängig von dem gewählten Versicherungsschutz und

richtet sich nach dem vollendeten Lebensjahr (Lebensalter) der zu versichernden Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter).

Eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder eine Minderung der Versicherungsleistungen wegen Älterwerdens der versicherten Person ist dann für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

Es wird eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen gebildet.

Bei einer Änderung der Versicherungsbeiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden die bis zu diesem Zeitpunkt gebildeten Alterungsrückstellungen gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.

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

7. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

Die von uns aufgrund der vertraglichen Leistungszusage zu erbringenden Versicherungsleistungen können sich, z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeiten, länger andauernder Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich einerseits die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und andererseits die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

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

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

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

8.1. 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.

8.2. Beginn des Versicherungsschutzes

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

Der Versicherungsschutz und das erste Versicherungsjahr beginnen zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn.

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

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

8.3. 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.

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

9.1. 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.

9.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

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

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

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

Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug sind.

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

10. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht. Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag können sofort mit Versicherungsbeginn in Anspruch genommen werden, sofern alle in diesem Versicherungsvertrag genannten Voraussetzungen zur Erlangung von Versicherungsschutz erfüllt sind.

11. Leistungsausschlüsse

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

Kein Versicherungsschutz besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- wegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI,
- wegen einer durch Verwahrung bedingten Unterbringung,
- wegen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter,
- die vorsätzlich herbeigeführt wurde einschließlich deren Folgen.

Ebenfalls kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung für das Aufent-

haltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge zählen nicht als Kriegereignisse.

12. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

12.1. Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag prüfen können, müssen Sie unsere Fragen nach gefahrerheblichen Umständen (z. B. Gesundheitsfragen und durchschnittliches Nettoeinkommen), die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellt werden, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Gefahrerheblich sind alle Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Dies gilt auch für Fragen, die wir Ihnen nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

Verletzen Sie die Anzeigepflicht vor Vertragsabschluss, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

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

Sie haben nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten. Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

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

Sie und die versicherte Person haben uns spätestens nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich

- den Abschluss oder die Erhöhung anderweitiger Krankentagegeldversicherungen der versicherten Person,
- den Bezug von Altersrente als Voll- oder Teilrente, Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsminderung der versicherten Person

anzuzeigen.

Sobald Sie Kenntnis von dem Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit, unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung in Textform anzeigen.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit über den ärztlich bescheinigten Zeitraum hinaus an, haben Sie uns dies spätestens innerhalb von fünf Kalendertagen nach Ablauf der zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage einer erneuten ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen.

Erfolgt die Anzeige des Versicherungsfalles verspätet, kann die Versicherungsleistung bis zum Zugangstag der Anzeige bei uns gekürzt werden.

Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person müssen Sie uns durch eine Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist uns spätestens innerhalb von drei Kalendertagen nach der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzuzeigen.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie uns durch Vorlage von Gehaltsnachweisen das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen.

Bei Selbständigen ist auf Verlangen die Gewinn- und Verlustrechnung des letzten Kalenderjahres vorzulegen.

Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Zu diesem Zweck hat sich die versicherte Person einer fortlaufenden Heilbehandlung zu unterziehen. Sie hat die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Sie haben uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person und die Behandlungsdaten sowie die Diagnosen ergeben.

Ärztliche Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

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.

13. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

14. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

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

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

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter

Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

Sie können auch in diesem Fall Ihren Versicherungsvertrag täglich kündigen.

15. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

15.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

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

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

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

Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem erstmals eine Leistung bezogen wurde. Sie endet nach Ablauf von 12 Monaten, spätestens jedoch mit Ablauf des 30. Monats 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.

15.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder bei Feststellung von Berufsunfähigkeit der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz.

Der Versicherungsvertrag endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

Der Versicherungsvertrag endet, wenn nach medizinischem Befund Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung eingetreten ist, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Versicherungsleistungen nach Nummer 2.2.4. (Krankentagegeld bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung) beansprucht werden, spätestens jedoch nach 6 Monaten ab ärztlicher Feststellung der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung.

Der Versicherungsvertrag endet mit dem Bezug von Altersrente als Voll- oder Teilrente oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente von einem privaten Versicherer, spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person.

Sie können aber verlangen, dass wir mit Ihnen einen mit Vollendung des 67. Lebensjahres beginnenden neuen Versicherungsvertrag schließen, der mit Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person endet.

Stellen Sie den Antrag auf Abschluss des neuen Versicherungsvertrages innerhalb von 2 Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person, nehmen wir den Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung an, sofern der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der bisherige ist.

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

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

16. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland.

Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten außerhalb der Bundesrepublik gilt:

Es besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Für im Ausland akut eintretende Krankheiten oder Unfälle wird das Krankentagegeld während der stationären Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

17. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns in Textform zu übermitteln.

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen mindestens der Textform (z.B. per E-Mail), können aber auch schriftlich (z.B. per Brief) abgegeben werden.

18. Gerichtsstand

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

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

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

19. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, auch wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen für die Verdienstaufschlagversicherung DFV-KrankenGeld in der Fassung vom 01.12.2017

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

Versicherungsleistungen	DFV-KrankenGeld	DFV-KrankenGeld Plus
Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit	✓	✓
auch während Kur, Reha oder Krankenhausaufenthalt	✓	✓
Verdopplung des vereinbarten Krankentagegeldes nach Ende der Höchstbezugsdauer des GKV-Krankengeldes	✗	✓
Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit auch bei stufenweiser Wiedereingliederung	✓	✓
bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung	✓	✓
auch bei Arbeitslosigkeit	✓	✓
Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes	✗	✓
Geburtspauschale	✓	✓

Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

Im Versicherungsfall erbringen wir nach Maßgabe der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld im vertraglichen Umfang:

Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit <ul style="list-style-type: none"> ab dem versicherten Tag der Arbeitsunfähigkeit (AU) für jeden weiteren Kalendertag der AU ohne zeitliche Begrenzung inkl. an Wochenenden und Feiertagen 	✓
auch während Kur, Reha oder Krankenhausaufenthalten <ul style="list-style-type: none"> KT während medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Kur KT während medizinisch notwendiger stationärer Sanatoriumsbehandlung KT während medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Reha-Maßnahme KT während medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung 	✓
auch nach Ende der Höchstbezugsdauer des GKV-Krankengeldes <ul style="list-style-type: none"> Weiterzahlung des vereinbarten Krankentagegeldes Zusätzlich: Verdopplung des vereinbarten Krankentagegeldes 	✓ <ul style="list-style-type: none"> zeitlich unbefristet max. 12 Monate
auch bei stufenweiser Wiedereingliederung Weiterzahlung des vereinbarten Krankentagegeldes bei stufenweiser Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit <ul style="list-style-type: none"> Arbeitnehmer Selbständige 	✓ <ul style="list-style-type: none"> max. 6 Monate max. 6 Wochen
bis zur Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung Weiterzahlung des vereinbarten Krankentagegeldes bei Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung während einer Arbeitsunfähigkeit	✓ 1.-3. Monat zu 100%, 4.-6. Monat zu 50%
bei Arbeitslosigkeit <ul style="list-style-type: none"> Weiterzahlung des Krankentagegeldes bei Arbeitslosigkeit während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit 	✓ max. 12 Monate max. 12 Monate
Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat <ul style="list-style-type: none"> sofern kein Anspruch auf Zahlung durch Arbeitgeber oder GKV besteht unabhängig von einer Karenzzeit 	✓ max. 10 Tage/ Versicherungsjahr
Geburtspauschale (einmalig) <ul style="list-style-type: none"> für die Geburt eines Kindes der versicherten Person während der Vertragslaufzeit unabhängig von einer Karenzzeit 	✓ 12faches Krankentagegeld
DFV-Fürsorgegarantie <ul style="list-style-type: none"> Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zu 12 Monate 	✓

Versicherungsbeiträge DFV-KrankenGeld

Die Höhe des Versicherungsbeitrages ist abhängig von dem gewählten Versicherungsschutz und richtet sich nach dem vollendeten Lebensjahr (Lebensalter) der zu versichernden Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter)

Gesundheitsfrage

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

Hat die zu versichernde Person

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

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

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

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

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

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

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

- Tumorerkrankungen

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

oder lag in diesem Zeitraum aus anderen Gründen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit für mehr als drei zusammenhängende Wochen vor?

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

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

DFV-Garantien

Wir geben Ihnen mehr als nur ein Versprechen

Mit Abschluss der Verdienstauffallversicherung DFV-KrankenGeld bietet die Deutsche Familienversicherung folgende Garantien:

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

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

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

Der Anspruch auf Leistungen aus den DFV-Garantien erlischt mit Beendigung der zugrundeliegenden Verdienstauffallversicherung DFV-KrankenGeld.

DFV-FürsorgeGarantie

in der Fassung vom 01.12.2012

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

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

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

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

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

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

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

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

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

- fähigkeit kein Versicherungsschutz besteht, insbesondere weil Sie Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt haben,
- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse eingetreten ist.

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit ist ausgeschlossen,

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

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn

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

Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

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

DATENSCHUTZHINWEISE der Deutschen Familienversicherung

in der Fassung vom 15.07.2019

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

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

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

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

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

3.1 Rückversicherungen

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

3.2 Vermittler

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

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

3.3 Externe Dienstleister

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

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

3.4 Weitere Empfänger

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

4. Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

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

5. Dauer der Datenspeicherung

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

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

6. Betroffenenrechte

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

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

7. Widerspruchsrecht

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

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

8. Beschwerderecht

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

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

9. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

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

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

10. Datenaustausch mit Ihrem früheren oder weiteren Versicherer

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

11. Bonitätsauskunft

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

12. Automatisierte Einzelfallentscheidung einschließlich Profiling

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

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

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

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

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