

Versicherungsbedingungen für die ambulante Krankenzusatzversicherung DFV-AmbulantSchutz

in der Fassung vom 01.09.2016

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die ambulante Krankenzusatzversicherung DFV-AmbulantSchutz 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-AmbulantSchutz ist eine private Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist und seinen Wohnsitz in Deutschland hat.

DFV-AmbulantSchutz ist eine private Krankenzusatzversicherung, die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

Versicherungsfähig ist daher nur, wer in einer deutschen GKV versichert ist und seinen dauerhaften Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat. Ist die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert, entfällt die Versicherungsfähigkeit.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die Inanspruchnahme einer versicherten ambulanten Vorsorgeuntersuchung und Schutzimpfung sowie von ambulanten Heilbehandlungen auf-

grund einer versicherten besonders schweren Krankheit.

Als Versicherungsfall gelten die Inanspruchnahme einer der nach diesen Versicherungsbedingungen versicherten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sowie von ambulanten Heilbehandlungen der versicherten Person aufgrund einer versicherten besonders schweren Krankheit.

2.2. Vorleistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers

Basis für unsere Erstattung ist der nach Abzug einer Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende Eigenanteil. Dies gilt nicht bei ambulanten Heilbehandlungen aufgrund einer versicherten besonders schweren Krankheit.

Basis für unsere Erstattung ist der nach Abzug einer Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibende Eigenanteil.

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

Unabhängig von einer Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers leisten wir für durchgeführte ambulante Heilbehandlungen aufgrund einer versicherten besonders schweren Krankheit.

2.3. Versicherungsleistungen

Im Versicherungsfall ersetzen wir bis zu den vereinbarten Höchstgrenzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- **ambulante Vorsorgeuntersuchungen,**
- **Schutzimpfungen,**
- **ambulante Heilbehandlungen und begleitende Therapiemassnahmen aufgrund einer versicherten besonders schweren Krankheit**

sowie gesetzliche Zuzahlungen.

2.3.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden bis zu den festgesetzten Höchstätzen (3,5facher Gebührensatz) der jeweils gültigen deutschen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ersetzt. Dies gilt auch für Heilbehandlungen im Ausland.

Ihnen steht für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen die Wahl unter den approbierten Ärzten frei.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Leistungsbearbeitung erfolgt, in Euro umgerechnet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlungsmaßnahme erfolgt ist.

2.3.2. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Als ambulante Vorsorgeuntersuchungen gelten:

- allgemeine Vorsorgeuntersuchungen,
- Krebsvorsorgeuntersuchungen,
- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie
- Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen.

Als allgemeine Vorsorgeuntersuchungen gelten:

- Großer Gesundheits-Check (z.B. großes Blutbild, Belastungs-EKG),
- Hauttyp-Bestimmung,
- Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) von bis zu vier inneren Organen,
- Lungenfunktionsprüfung,
- Helicobacter-Pylori-Test,
- Schilddrüsen-Vorsorge,
- Glaukom-Vorsorge,
- Osteoporose-Vorsorge,
- Hirnleistungs-Check,
- Schlaganfall-Vorsorge sowie
- HIV-Test.

Als Krebsvorsorgeuntersuchungen gelten:

- Große Krebsvorsorge der Frau (einschließlich Sonographie der Brust, Mammographie),
- Große Krebsvorsorge des Mannes (einschließlich PSA-Test zur Früherkennung eines Prostatakarzinoms),
- Darmkrebsvorsorge sowie
- Hautkrebs-Screening.

Als Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gelten:

- Sonographie (inklusive 3D/4D), einmalig pro Schwangerschaft sowie
- Triple-Test, einmalig pro Schwangerschaft.

Als Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen gelten:

- Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.-16. Lebensjahr (J2),
- Schielvorsorge:
Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum 7. Lebensjahr,
- Augen-Check:
Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.-15. Lebensjahr sowie
- Audio-Check:
Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7. -15. Lebensjahr.

2.3.3. Schutzimpfungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für Schutzimpfungen bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Als Schutzimpfungen gelten:

- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO),
- unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO vorgenommene Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) sowie
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

2.3.4. Ambulante Heilbehandlungen und begleitende Therapiemaßnahmen bei besonders schweren Krankheiten

Wir ersetzen ab dem Datum der gesicherten, ärztlichen Diagnose die nachgewiesenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen und begleitende Therapiemaßnahmen aufgrund einer nach Abschluss des Versicherungsvertrages erstmalig aufgetretenen, versicherten besonders schweren Krankheit je nach gewähltem Tarif bis zum vereinbarten Höchstbetrag pro Jahr der maßgeblichen Leistungszeit (siehe Anhang zu den Versicherungsbedingungen).

Die Leistungszeit beginnt mit dem Nachweis der gesicherten, ärztlichen Diagnose der versicherten besonders schweren Krankheit.

Der vereinbarte Höchstbetrag pro Jahr der Leistungszeit gilt unabhängig von der Anzahl der ärztlich diagnostizierten, versicherten besonders schweren Krankheiten.

Wird während der Leistungszeit eine weitere versicherte besonders schwere Krankheit ärztlich diagnostiziert und wird dadurch die vorherige Leistungszeit überschritten, leisten wir - ausgehend vom Datum der gesicherten Diagnose dieser hinzukommenden Krankheit auch der Höhe nach - nur anteilig für diejenige Leistungszeit, die über die vorherige Leistungszeit hinausgeht.

Während der Überschneidung von Leistungszeiten ist es unerheblich, für welche der ärztlich diagnostizierten, versicherten besonders schweren Krankheiten die Leistung in Anspruch genommen wird.

Ein Übertragen von nicht in Anspruch genommenen Leistungen aus einem Jahr der Leistungszeit in folgende Jahre ist nicht möglich. Besonders schwere Krankheiten nach diesem Vertrag sind die in der Anlage unter der Überschrift „Besonders schwere Krankheiten“ einzeln und abschließend aufgeführten Krankheiten nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10).

Als ambulante Heilbehandlungen und begleitende Therapiemaßnahmen gelten sämtliche medizinisch sinnvolle oder in der Praxis als ebenso Erfolg versprechende ambulante Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zur Heilung, Linderung oder Beseitigung der besonders schweren Krankheit, die von einem erstattungsfähigen Behandler erbracht werden.

Erstattungsfähige Behandler sind:

- approbierte Ärzte und Zahnärzte,
- Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes,
- Heilpraktiker mit Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz sowie
- Angehörige eines Gesundheitsfachberufes (z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeut, Logopäde).

Arznei-, Nähr- und Stärkungsmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie sonstige Aufwendungen werden - auch unabhängig von einer Verordnung - erstattet, sofern diese im Zusammen-

hang mit der versicherten besonders schweren Krankheit medizinisch sinnvoll sind.

2.3.5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen

Wir ersetzen die nach dem Sozialgesetzbuch, Buch V (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen für:

- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel (außer für Sehhilfen) sowie
- nachweislich von einer GKV genehmigte Hin- und Rückfahrten im Rahmen einer ambulanten Behandlung.

3. Versicherungsbeiträge

Der Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person und ist in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag richtet sich grundsätzlich nach dem Alter der versicherten Person. Maßgeblich ist das vollendete Lebensjahr (Lebensalter) der versicherten Person.

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

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

Wir vergleichen 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 eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, 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.

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

5.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

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

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

5.2. Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten und Sie

können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren.

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

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

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

6.1. Fälligkeit der Folgebeiträge

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

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

6.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

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

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

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der rückständigen Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug und tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem

können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich kündigen, wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug sind.

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

7. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

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

8. Leistungseinschränkungen

Für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und gesetzliche Zuzahlungen bestehen Leistungseinschränkungen in den ersten zwei Versicherungsjahren (s. Anhang zu den Versicherungsbedingungen). Darüberhinaus sind die Versicherungsleistungen eingeschränkt, wenn das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung überschritten wird oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und gesetzliche Zuzahlungen sind in den ersten zwei Versicherungsjahren begrenzt (s. Anhang zu den Versicherungsbedingungen).

Übersteigt eine ambulante Vorsorgeuntersuchung, Schutzimpfung oder sonstige versicherte Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so können wir die Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen oder sonstige versicherte Heilbehandlung in einem

auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

9. Leistungsausschlüsse

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in bestimmten Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Behandlungen durch liquidationsberechtigte Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- Krankheiten infolge von vorsätzlichem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch.

10. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1. Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

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

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

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

Erfolgt der Rücktritt von dem Versicherungsvertrag nach Eintritt des Versicherungsfalles,

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

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

Sie haben nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten. Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

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

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

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

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

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

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

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

11. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

12. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

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

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

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

13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

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

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

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

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

Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem der Leistungsan-

spruch geltend gemacht wurde. Sie endet nach Ablauf von 12 Monaten, spätestens jedoch mit Ablauf des 30. Monats - auch im Falle eines Tarifwechsels - nach Vertragsbeginn. Nach Ablauf der Sperrzeit können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen.

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

13.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

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

Der Versicherungsvertrag endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

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

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

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

14. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

15. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben in Textform zu erfolgen.

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

16. Gerichtsstand

Für Klagen ist das an Ihrem Wohnort oder, bei Klagen gegen uns, auch wahlweise das

an unserem Geschäftssitz ansässige Gericht zuständig.

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

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

17. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

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

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen für die ambulante Krankenzusatzversicherung DFV-AmbulantSchutz in der Fassung vom 01.09.2016

Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

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

Versicherungsleistungen	DFV- AmbulantSchutz Basis	DFV- AmbulantSchutz Komfort	DFV- AmbulantSchutz Premium	DFV- AmbulantSchutz Exklusiv
Leistungen bei besonders schwerer Krankheit	-	100%, max. 3.000 Euro pro Jahr der Leistungszeit	100%, max. 6.000 Euro pro Jahr der Leistungszeit	100%, max. 12.000 Euro pro Jahr der Leistungszeit
<ul style="list-style-type: none"> • Myokardinfarkt (akut/rezidivierend) • Hirninfarkt , Schlaganfall 	-	Leistungszeit 1 Jahr (1 Jahr x 3.000 EUR)	Leistungszeit 1 Jahr (1 Jahr x 6.000 EUR)	Leistungszeit 1 Jahr (1 Jahr x 12.000 EUR)
<ul style="list-style-type: none"> • Bösartige Neubildungen • Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems 	-	Leistungszeit 5 Jahre (5 Jahre x 3.000 EUR)	Leistungszeit 5 Jahre (5 Jahre x 6.000 EUR)	Leistungszeit 5 Jahre (5 Jahre x 12.000 EUR)
Ambulante Vorsorgeuntersuchungen	100 %, max. 1.000 Euro alle 2 Versicherungsjahre (Leistungseinschränkungen in den ersten zwei Versicherungsjahren: zusammen max. 500 EUR)			
Schutzimpfungen	100 %, max. 200 Euro alle 2 Versicherungsjahre (Leistungseinschränkungen in den ersten zwei Versicherungsjahren: zusammen max. 100 EUR)			
Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen	100 %, max. 100 Euro pro Versicherungsjahr (Leistungseinschränkungen in den ersten zwei Versicherungsjahren: max. 50 EUR pro Versicherungsjahr)			

Versicherungsbeiträge DFV-AmbulantSchutz

Die nachfolgenden Beiträge gelten, wenn Sie sich für Beiträge entschieden haben, die über die Vertragslaufzeit nach Altersstufen gestaffelt sind (Kalkulation nach Art der Schadenversicherung).

Altersstufe / Monatsbeitrag	DFV-AmbulantSchutz Basis	DFV-AmbulantSchutz Komfort	DFV-AmbulantSchutz Premium	DFV-AmbulantSchutz Exklusiv
0 - 20 Jahre	5,52 EUR	7,41 EUR	9,31 EUR	13,10 EUR
21 - 35 Jahre	7,53 EUR	13,00 EUR	18,47 EUR	29,41 EUR
36 - 40 Jahre	9,51 EUR	17,57 EUR	25,64 EUR	41,78 EUR
41 - 45 Jahre	10,18 EUR	20,30 EUR	30,40 EUR	50,63 EUR
46 - 55 Jahre	12,24 EUR	29,18 EUR	46,12 EUR	79,99 EUR
56 - 65 Jahre	13,74 EUR	49,79 EUR	85,84 EUR	157,95 EUR
66 - 75 Jahre	15,25 EUR	86,89 EUR	158,53 EUR	301,82 EUR
ab 76 Jahre	17,82 EUR	162,00 EUR	306,17 EUR	594,51 EUR

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

Haben Sie sich für einen Beitrag entschieden, bei dem eine Erhöhung wegen des Älterwerdens der versicherten Person für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen ist (Kalkulation nach Art der Lebensversicherung), können Sie den zu zahlenden Beitrag dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnehmen. In diesen Tarifen wird eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen gebildet. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden die bis zu diesem Zeitpunkt gebildeten Alterungsrückstellungen gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.

Übersicht - Besonders schwere Krankheiten

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen nur einen Überblick über die verschiedenen Kategorien der versicherten besonders schweren Krankheiten. Die vollständige Liste der je nach Tarif versicherten besonders schweren Krankheiten entnehmen Sie bitte der „Abschließenden Auflistung – Besonders schwere Krankheiten“. Diese abschließende Auflistung ist allein für die Beurteilung einer Krankheit als versicherte besonders schwere Krankheit maßgeblich.

ICD-Code (Gruppe)	Diagnose
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
I21 - I22	Akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
I63 - I64	Hirnfarkt, Schlaganfall

Die besonders schweren Krankheiten werden nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (kurz: ICD-10, Version 2016) durch die entsprechenden ICD-10 Codes (Diagnoseschlüssel) definiert. Eine abschließende Untergliederung der besonders schweren Krankheiten nach ICD-10, Version 2016, finden Sie am Ende des Anhangs.

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

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

ICD-Code (Gruppe)	Detaillierung
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
	C00 Bösartige Neubildung der Lippe
	C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
	C02 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
	C03 Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
	C04 Bösartige Neubildung des Mundbodens
	C05 Bösartige Neubildung des Gaumens
	C06 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
	C07 Bösartige Neubildung der Parotis
	C08 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
	C09 Bösartige Neubildung der Tonsille
	C10 Bösartige Neubildung des Oropharynx
	C11 Bösartige Neubildung des Nasopharynx
	C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
	C13 Bösartige Neubildung des Hypopharynx
	C14 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
	C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus
	C16 Bösartige Neubildung des Magens
	C17 Bösartige Neubildung des Dünndarmes
	C18 Bösartige Neubildung des Kolons
	C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
	C20 Bösartige Neubildung des Rektums
	C21 Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
	C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
	C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase
	C24 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas
	C26 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane
	C30 Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
	C31 Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
	C32 Bösartige Neubildung des Larynx
	C33 Bösartige Neubildung der Trachea
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
	C37 Bösartige Neubildung des Thymus
	C38 Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
	C39 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
	C40 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
	C41 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
	C43 Bösartiges Melanom der Haut
	C45 Mesotheliom

Fortsetzung der besonders schweren Krankheiten

C46 Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]
C47 Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
C48 Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C49 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C51 Bösartige Neubildung der Vulva
C52 Bösartige Neubildung der Vagina
C53 Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C54 Bösartige Neubildung des Corpus uteri
C55 Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56 Bösartige Neubildung des Ovars
C57 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weibl.Genitalorgane
C58 Bösartige Neubildung der Plazenta
C60 Bösartige Neubildung des Penis
C61 Bösartige Neubildung der Prostata
C62 Bösartige Neubildung des Hodens
C63 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männl. Genitalorgane
C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66 Bösartige Neubildung des Ureters
C67 Bösartige Neubildung der Harnblase
C68 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C69 Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
C70 Bösartige Neubildung der Meningen
C71 Bösartige Neubildung des Gehirns
C72 Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74 Bösartige Neubildung der Nebenniere
C75 Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
C76 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
C77 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
C78 Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C79 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C81 Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
C82 Follikuläres Lymphom
C83 Nicht follikuläres Lymphom
C84 Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C85 Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C86 Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
C88 Bösartige immunproliferative Krankheiten
C90 Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C91 Lymphatische Leukämie
C92 Myeloische Leukämie
C93 Monozytenleukämie
C94 Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
C95 Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C96 Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

Fortsetzung der besonders schweren Krankheiten

	C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
I21 - I22	Akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
	I21 Akuter Myokardinfarkt
	I22 Rezidivierender Myokardinfarkt
I63 - I64	Hirninfarkt, Schlaganfall
	I63 Hirninfarkt
	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Gesundheitsfrage

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

Hat die zu versichernde Person

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt, sind bei ihr stationäre Behandlungen, Operationen oder Rehamassnahmen vorgesehen oder angeraten oder besteht bei ihr eine Schwangerschaft

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

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

Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Apallisches Syndrom, Autismus, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Gehirnblutung, Kinderlähmung, Koma, Lähmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung sowie Schädigungen des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Pick-Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlaganfall, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankungen, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

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

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- und Beinamputationen, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthrit, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

- Tumorerkrankungen

Gutartige Tumore des Gehirns, bösartige Tumore, Krebserkrankungen des Blut- oder Lymphsystems?

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

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