

Versicherungsbedingungen
für die Verdienstaufschlagversicherung 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 Verdienstaufschlagversicherung 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 Verdienstaufschlagversicherung 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 Verdienstaufschlagversicherung, 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 Be-

schäftigungsverhältnis 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 Höchsttagelddgrenze 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. (Geburtspauschale) – 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 ange-

mahnten 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 Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person

das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird.

Terroristische Anschläge zählen nicht als Kriegsereignisse.

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 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.

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 Zunahme 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 Auskunft- 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 Verwal-

tungsakt 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 Verdienstausschlagversicherung 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 gestellt, sind bei ihr stationäre Behandlungen, Operationen oder Reha-Maßnahmen 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?

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 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)?