

Produktinformationsblatt für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz

in der Fassung vom 01.05.2016

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit diesem Produktinformationsblatt erhalten Sie allgemeine Informationen über den Versicherungsschutz und den Versicherungsvertrag. Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig.

Wir haben für Sie in diesem Produktinformationsblatt die wesentlichen Informationen zu dem Versicherungsprodukt auf einen Blick zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass dieses Produktinformationsblatt nicht alle Einzelheiten über den Versicherungsschutz und den Versicherungsvertrag enthalten kann. Die Angaben sind daher nicht abschließend. Alle Einzelheiten sind in dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen DFV-ZahnSchutz (im Folgenden nur „VB“ genannt) enthalten.

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

DFV-ZahnSchutz ist eine private Zahnzusatzversicherung. Dieser Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist (s. Ziffer 1 VB).

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

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages erstmals bekannt gewordene oder angeratene, medizinisch notwendige Heilbehandlung durch einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden (s. Ziffer 2.1 VB).

Wir erstatten im Versicherungsfall die Kosten für Zahnerhalt, Zahnersatz inklusive Zahnimplantat, Kieferorthopädie und Zahnprophylaxe nach Abzug der Vorleistung je nach gewähltem Tarif (s. Ziffer 2.2, 2.3 VB und Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz näher beschrieben.

Als Versicherungsfall gelten auch - unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit - Zahnprophylaxemaßnahmen durch eine geschulte Prophylaxefachkraft sowie kieferorthopädische

Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 für versicherte Personen bis längstens zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

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

Der Beitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person (s. Ziffer 8 VB und Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

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, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen und wir können von dem Versicherungsvertrag zurücktreten (s. Ziffer 11 VB).

Zahlen Sie die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen. Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung. Werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten dann nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen (s. Ziffer 12 VB).

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnerhalt, Zahnersatz inklusive Zahnimplantat und Kieferorthopädie sind in den ersten vier Versicherungsjahren begrenzt (s. Ziffer 5.1 VB und Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 sind zudem je versicherter Person, auch im Falle eines Tarifwechsels oder eines Unfalls, insgesamt auf einen Höchstbetrag begrenzt (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Die Anzahl erstattungsfähiger Zahnimplantate ist begrenzt auf ein Implantat je Versicherungsjahr oder zwei Implantate in einem Versicherungsjahr, soweit im zurückliegenden Versicherungsjahr keine Leistungen für Zahnimplantate in Anspruch

genommen wurden, und insgesamt auf fünf Implantate pro Kiefer für die gesamte Vertragslaufzeit (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Wir leisten nicht für:

- bei Antragstellung bereits beschädigte oder erkrankte Zähne,
- bei Antragstellung fehlende und noch nicht ersetzte Zähne,
- nicht angelegte Zähne (Fehlen von Zahnanlagen),
- bei Antragstellung vorhandene Zahn- oder Kieferfehlstellungen sowie deren Ursachen,
- bei Antragstellung bereits bekannte oder medizinisch angeratene oder bereits begonnene Behandlungen,
- Maßnahmen zum Zahnersatz, die alleine dadurch notwendig werden, weil die Erstanfertigung im Ausland nicht nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erfolgt ist, sofern die Erstanfertigung nicht länger als 4 Jahre zurückliegt,
- einen Eigenanteil aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Maßnahme,
- Aufwendungen oder Abrechnungen, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze (3,5facher Gebührensatz) überschreiten,
- Heilbehandlungsmaßnahmen und zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- kosmetische Zahnbehandlungen (z.B. Bleaching, Veneers).
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen sowie
- durch Kriegsereignisse verursachte Heilbehandlungsmaßnahmen einschließlich ihrer Folgen (s. Ziffer 6 VB).

5. Welche Obliegenheiten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung haben?

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

Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren Hauptwohnsitz ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich nach Kenntnis der Wohnortverlegung eine verbindliche Zustelladresse innerhalb der Bundesrepublik Deutschland mitzuteilen, an die wir dann sämtlichen

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

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

Bei Verletzung einer der Pflichten nach Vertragsabschluss können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren (s. Ziffer 7 VB).

6. Welche Obliegenheiten haben Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung haben?

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.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Zahnärzte oder Kieferorthopäden von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Zahnarzt oder Kieferorthopäden untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Bei Verletzung einer der Pflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren (s. Ziffer 7 VB).

7. Wann beginnt und wann endet Ihr 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 (s. Ziffer 11.2 VB).

Ist die versicherte Person nicht mehr in der GKV versichert, endet zu diesem Zeitpunkt auch der Versicherungsvertrag (s. Ziffer 1 VB).

Wenn Sie versterben, endet der Versicherungsvertrag. Die versicherte Person kann den Versi-

versicherungsvertrag jedoch weiterführen. Verstirbt die versicherte Person, endet der Versicherungsvertrag.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt der Versicherungsschutz (s. Ziffer 13.3 VB).

8. **Wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag beenden?**

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen. Nehmen Sie allerdings innerhalb der ersten 24 Monate nach Abschluss des Versicherungsvertrages eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal 12 Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist (s. Ziffer 13.2 VB).

Kundeninformationsblatt

in der Fassung vom 01.05.2016

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

Unseren Kundenservice erreichen Sie Montag bis Freitag von 9.00 bis 19.00 Uhr.

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

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

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

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

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

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungs-

schein genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

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

Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren Hauptwohnsitz ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich nach Kenntnis der Wohnortverlegung eine verbindliche Zustelladresse innerhalb der Bundesrepublik Deutschland mitzuteilen.

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Gesamtbeitrag Ihrer Versicherung?

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

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

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

Sie können auch bequem am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen.

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

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

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

8. Wie kommt der Versicherungsvertrag zustande?

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

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

9. Wann und wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Anfang der Widerrufsbelehrung

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Monaten ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die recht-

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

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

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

Widerrufsfolgen

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

10. Welche Laufzeit gilt für Ihren Versicherungsvertrag?

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

an Ihre geänderten Lebensumstände anzupassen.

11. Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

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

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

12. Welches Recht findet Anwendung?

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

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

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

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

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

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

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

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

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

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

Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz

in der Fassung vom 01.05.2016

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

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

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

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

1. Versicherungsfähigkeit

Dieser Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist. Ist die versicherte Person nicht mehr in der GKV versichert, endet auch der Versicherungsvertrag.

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

Versicherungsfähig ist daher nur, wer in einer deutschen GKV versichert ist. Ist die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV versichert, endet zu diesem Zeitpunkt auch der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

2. Leistungsumfang

2.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages erstmals bekannt gewordene oder angeratene, medizinisch notwendige Heilbehandlung durch einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden.

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages erstmals bekannt gewordene oder angeratene, medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahme der versicherten Person durch einen approbierten und niedergelassenen Zahnarzt oder Kieferorthopäden.

Als Versicherungsfall gelten auch - unabhängig von einer medizinischen Notwendigkeit - Zahnprophylaxemaßnahmen durch eine geschulte Prophylaxefachkraft sowie kieferorthopädische Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 für versicherte Personen bis längstens zur Vollendung des 16. Lebensjahres.

2.2 Vorleistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers

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

Vorleistungen sind die Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für die Heilbehandlungsmaßnahme erbringt. Ein für die versicherte Person mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt) gilt ebenfalls als Vorleistung.

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.

Wird eine Vorleistung nicht erbracht, rechnen wir pauschal 35% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung an. Dies gilt nicht bei Zahnprophylaxe, Wurzel- und Parodontosebehandlungen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen, kieferorthopädischen Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 sowie Implantaten (künstliche Zahnwurzeln).

2.3 Versicherungsleistungen

Wir erstatten im Versicherungsfall die Kosten für Zahnerhalt, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Zahnprophylaxe nach Abzug der Vorleistung je nach gewähltem Tarif (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Erstattungsfähige Aufwendungen werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den festgesetzten Höchstsätzen (3,5facher Gebührensatz) ersetzt.

Dies gilt auch für Heilbehandlungsmaßnahmen im Ausland.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

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

2.3.1 Zahnerhalt

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnerhalt nach Abzug der Vorleistung einer GKV oder eines anderen Kostenträgers je nach gewähltem Tarif (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Als **Zahnerhalt** gelten:

- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Eingliederung von Provisorien,
- Kunststofffüllungen und Kompositfüllungen (dentin-adhäsive Füllungen),
- CEREC-Verfahren
- Parodontosebehandlungen,
- Wurzelbehandlung, Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die mit dem Zahnerhalt verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

2.3.2 Zahnersatz

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz nach Abzug der Vorleistung einer GKV oder eines anderen Kostenträgers je nach gewähltem Tarif (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Als **Zahnersatz** gelten:

- Kronen, Teilkronen und Teleskopkronen (vollkeramische und metallische Ausführung),
- Brücken (vollkeramische und metallische Ausführung),
- Voll- und Teilprothesen,
- Stiftzähne (Wurzelanker),
- Implantate (künstliche Zahnwurzeln),
- implantatgetragener Zahnersatz (Suprakonstruktion),
- knochenaufbauende Maßnahmen bei implantologischen Leistungen,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische Leistungen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Reparatur von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit,
- Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose sowie
- die mit dem Zahnersatz verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

2.3.3 Kieferorthopädie

Wir ersetzen je nach gewähltem Tarif (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016) die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3-5 nach Abzug der Vorleistung einer GKV oder eines anderen Kostenträgers sowie nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Als **kieferorthopädische Maßnahmen** gelten:

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2, solange die versicherte Person bei Durchführung der Maßnahmen das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die mit den kieferorthopädischen Maßnahmen verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

2.3.4 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe je nach gewähltem Tarif in der vereinbarten Höhe (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Als **Zahnprophylaxe** gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- professionelle Zahnreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen sowie
- Kontrolle des Übungserfolges.

3. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht.

4. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Der Versicherungsschutz gilt in der Bundesrepublik Deutschland und bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten weltweit.

5. Leistungseinschränkungen

5.1 Leistungsbegrenzungen

Für Zahnerhalt, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten in den ersten vier Versicherungsjahren Leistungsbegrenzungen. Für kieferorthopädische Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 gilt zudem insgesamt ein Höchstbetrag (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnerhalt, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind je versicherter Person in den ersten vier Versicherungsjahren je nach gewähltem Tarif begrenzt.

Die Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren finden keine Anwendung auf unfallbedingte, erstattungsfähige Aufwendungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 sind zudem je versicherter Person, auch im Falle eines Tarifwechsels oder eines Unfalls, insgesamt auf einen Höchstbetrag begrenzt (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ergibt sich aufgrund eines Tarifwechsels ein höherer Leistungsumfang, so gelten die Leistungsbegrenzungen innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre des neuen Tarifes nur für den erhöhten Leistungsumfang. Ein Tarifwechsel ist erst nach Abschluss von bereits bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Behandlungen zum Zahnerhalt, Zahnersatz oder zur Kieferorthopädie möglich.

5.2 Anzahl erstattungsfähiger Zahnimplantate

Die Anzahl der erstattungsfähigen Zahnimplantate ist eingeschränkt.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Zahnimplantate ist unabhängig vom gewählten Tarif oder einem Tarifwechsel insgesamt begrenzt (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

6. Leistungsausschlüsse

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

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- bei Antragstellung bereits beschädigte oder erkrankte Zähne,
- bei Antragstellung fehlende und noch nicht ersetzte Zähne,
- bei Antragstellung bereits bekannte oder medizinisch angeratene oder bereits begonnene Behandlungen zum Zahnerhalt, Zahnersatz oder zur Kieferorthopädie,
- nicht angelegte Zähne (Fehlen von Zahnanlagen),
- bei Antragstellung vorhandene Zahn- oder Kieferfehlstellungen sowie deren Ursachen,
- Maßnahmen zum Zahnersatz, die alleine dadurch notwendig werden, weil die Erstanfertigung im Ausland nicht nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erfolgt ist, sofern die Erstanfertigung nicht länger als 4 Jahre zurückliegt,
- einen Eigenanteil aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Maßnahme,
- Aufwendungen oder Abrechnungen, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze (3,5facher Gebührensatz) überschreiten,
- Aufwendungen für Heilbehandlungsmaßnahmen und zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder Heilbehandlungsmaßnahmen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- kosmetische Zahnbehandlungen (z.B. Bleaching, Veneers),
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen sowie
- durch Kriegsereignisse verursachte Heilbehandlungsmaßnahmen einschließlich ihrer Folgen.

7. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

7.1 Obliegenheiten nach Vertragsschluss

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

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

Verlegen Sie unter Aufrechterhaltung der Versicherungsfähigkeit Ihren Hauptwohnsitz ins Ausland, haben Sie uns unverzüglich nach Kenntnis der Wohnortverlegung eine verbindliche Zustelladresse innerhalb der Bundesrepublik Deutschland mitzuteilen, an die wir dann sämtlichen Schriftverkehr Ihren Versicherungsvertrag betreffend zusenden werden. Mit der Mitteilung einer Zustelladresse erklären Sie, dass unsere Zustellungen an diese Adresse Ihnen gegenüber als wirksam zugegangen gelten.

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

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

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

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

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

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

Die Kosten für die von uns veranlasste Untersuchung werden nicht auf die Leistungsbegrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren angerechnet.

Einen Erstattungsanspruch gegen einen anderen privaten Versicherer wegen derselben Heilbehandlungsmaßnahme haben Sie uns in dem Um-

fang abzutreten, wie wir hierfür erstattungsfähige Aufwendungen ersetzt haben. Sie haben uns alle für die Geltendmachung des Anspruches erforderlichen Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen.

7.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsschluss

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

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

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

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

8. Versicherungsbeiträge

Der Beitrag ist nach Altersstufen gestaffelt. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person (s. Tarifblatt in der Fassung vom 01.05.2016).

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

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

9. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

Versicherungsleistungen können sich, z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

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

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

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

10. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderun-

gen 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.

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

11.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

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

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

11.2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Der Versicherungsschutz 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.

11.3 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

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

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

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

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

12.1 Fälligkeit der Folgebeiträge

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

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

12.2 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung. Werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten dann 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 Ver-

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

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

13. Laufzeit, Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1 Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

13.2 Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich 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. Sie können Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung (ausgenommen Zahnprophylaxe) in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit).

Während der Sperrzeit können Sie den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist nur mit Wirkung zum Ende der Sperrzeit kündigen.

Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem die der Leistung zu Grunde liegende Behandlung begonnen wurde.

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

Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u.a.

wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

13.3 Beendigung des Versicherungsvertrages

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages 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. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns in Textform (z.B. per E-Mail) zu übermitteln.

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Textform.

15. Gerichtsstand

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

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

Verlegen Sie nach 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.

16. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Tarifblatt für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz

in der Fassung vom 01.05.2016

Dieses Tarifblatt ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz.

Die wesentlichen Leistungsmerkmale im Überblick:

Zahnerhalt

- Inlays (Einlagefüllungen), Onlays und Overlays aus Edelmetall oder Keramik
- Kunststoff- und Kompositfüllungen
- CEREC-Verfahren
- Parodontose- und Wurzelbehandlungen
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Material- und Laborkosten

Zahnersatz inklusive Zahnimplantat

- Kronen und Brücken (vollkeramische und metallische Ausführung)
- Prothesen
- Stiftzähne (Wurzelanker)
- Implantate (künstliche Zahnwurzeln)
- Implantatgetragener Zahnersatz (Suprakonstruktion)
- Knochenaufbauende Maßnahmen bei implantologischen Leistungen
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose
- Material- und Laborkosten

Kieferorthopädie

- nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2, solange die versicherte Person bei Durchführung der Maßnahmen das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3-5
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Material- und Laborkosten

Zahnprophylaxe

- Professionelle Zahnreinigung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen
- Fissurenversiegelung
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung

Versicherungsleistungen

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

Versicherungsleistungen	DFV-ZahnSchutz Basis	DFV-ZahnSchutz Komfort	DFV-ZahnSchutz Premium	DFV-ZahnSchutz Exklusiv
Zahnerhalt	30 %	60 %	90 %	100 %
Zahnersatz inklusive Zahnimplantat	30 %	60 %	90 %	100 %
Kieferorthopädie	30 %	60 %	90 %	100 %
Zahnprophylaxe je Versicherungsjahr	30 Euro	60 Euro	90 Euro	100 Euro
DFV-ZahnSchutz Assistance	✓	✓	✓	✓

Leistungseinschränkungen

Leistungsbegrenzungen

In Ergänzung zur Ziffer 5.1 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz gilt:

Leistungsbegrenzungen in den ersten 4 Versicherungsjahren	DFV-ZahnSchutz Basis	DFV-ZahnSchutz Komfort	DFV-ZahnSchutz Premium	DFV-ZahnSchutz Exklusiv
im 1. Versicherungsjahr maximal	250 Euro	500 Euro	750 Euro	1.000 Euro
im 1.- 2. Versicherungsjahr zusammen max.	500 Euro	1.000 Euro	1.500 Euro	2.000 Euro
im 1.- 3. Versicherungsjahr zusammen max.	750 Euro	1.500 Euro	2.250 Euro	3.000 Euro
im 1.- 4. Versicherungsjahr zusammen max.	1.000 Euro	2.000 Euro	3.000 Euro	4.000 Euro

Höchstbetrag für kieferorthopädische Maßnahmen nach KIG 1 und 2

In Ergänzung zur Ziffer 5.1 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz gilt:

Höchstbetrag für KIG 1 und 2	DFV-ZahnSchutz Basis	DFV-ZahnSchutz Komfort	DFV-ZahnSchutz Premium	DFV-ZahnSchutz Exklusiv
Erstattungsfähiger Höchstbetrag je versicherter Person	4.000 Euro			

Anzahl erstattungsfähiger Zahnimplantate

In Ergänzung zur Ziffer 5.2 der Versicherungsbedingungen für die Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz ist die Anzahl der erstattungsfähigen Zahnimplantate unabhängig vom gewählten Tarif oder einem Tarifwechsel insgesamt begrenzt auf

- ein Implantat je Versicherungsjahr oder
- zwei Implantate in einem Versicherungsjahr, soweit im zurückliegenden Versicherungsjahr keine Leistungen für Zahnimplantate in Anspruch genommen wurden,
- und insgesamt auf fünf Implantate pro Kiefer für die gesamte Vertragslaufzeit.

Versicherungsbeiträge

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

Altersstufe / Monatsbeitrag	DFV-ZahnSchutz Basis	DFV-ZahnSchutz Komfort	DFV-ZahnSchutz Premium	DFV-ZahnSchutz Exklusiv
0 - 20 Jahre	10,00 Euro	21,00 Euro	33,00 Euro	37,00 Euro
21 - 30 Jahre	6,00 Euro	13,00 Euro	21,50 Euro	23,50 Euro
31 - 40 Jahre	10,00 Euro	20,00 Euro	32,00 Euro	34,50 Euro
41 - 50 Jahre	11,00 Euro	24,00 Euro	38,50 Euro	43,00 Euro
51 - 60 Jahre	13,00 Euro	30,00 Euro	47,00 Euro	51,50 Euro
61 - 70 Jahre	17,00 Euro	37,00 Euro	58,50 Euro	64,00 Euro
Ab 71 Jahre	17,00 Euro	37,00 Euro	59,50 Euro	65,50 Euro

DFV-ZahnSchutz Assistance

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

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

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

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

Ein Anspruch auf die Assistance-Leistungen besteht nicht, wenn kein Versicherungsschutz im Rahmen der Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz besteht. Dies gilt auch in Fällen der Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Beiträge oder bei einer schuldhaften Obliegenheitsverletzung. Der Anspruch auf die Assistance-Leistungen erlischt mit Beendigung der Zahnzusatzversicherung DFV-ZahnSchutz.

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

DFV-FürsorgeGarantie

in der Fassung vom 01.12.2012

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

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

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

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

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

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

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

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

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

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit ist ausgeschlossen,

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

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn

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

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

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

Gesonderte Belehrungen Krankenzusatzversicherungen

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch 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. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen,

geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss.

Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei. Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Belehrung nach § 37 Abs. 2 VVG über die Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Zahlen Sie den Erstbeitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Bitte beachten Sie ergänzend die Regelungen zur Fälligkeit des Erstbeitrages und des Beginns des Versicherungsschutzes in Abschnitt A unserer Versicherungsbedingungen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Gültig ab: 01.05.2016

Vorbemerkung

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

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

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

2. Datenübermittlung an den Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

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

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbruch hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können an das HIS gemeldet werden. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache betreffen. Eine Meldung zur Person ist z. B. möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder das Schadenbild mit der 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 Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von anderen Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

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

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

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

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

6. Betreuung durch Vermittler

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

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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