DEUTSCHE Familienversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
DFV-DeutschlandPflege

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Dieses Informationsblatt ist ein nicht abschließender Überblick über die von Ihnen gewählte Versicherung. Die vollständigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?
DFV-DeutschlandPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem Privaten Krankenversicherer (PKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV oder deutschen PKV ist.

Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene und festgestellte Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad, soweit diese nicht überwiegend auf z.B. eine der nachfolgenden Krankheiten begründet wird:
  - Autismus und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)
  - ADS/ADHS
  - Entwicklungsstörungen /-verzögerungen
  - Myopathien und Dystrophien
  - Psychische Störungen
- ✓ Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person nicht mehr in der GKV oder PKV ist oder sich im Ausland befindet, erfolgt die Feststellung auf Ihre Kosten durch einen von uns beauftragten Gutachter.
- ✓ Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem Tarif (s. Versicherungsschein) eine Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit sowie bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad, mindestens jedoch Pflegegrad 3.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der vereinbarten Pflegemonatsgelder in den jeweiligen Pflegegraden sowie die Höhe der vereinbarten Einmalzahlungen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- ✓ Die für die versicherte Person vereinbarten Pflegemonatsgelder dürfen unabhängig von der Anzahl der Verträge insgesamt folgende Höchstsummen nicht überschreiten:

	Ambulant	Stationär
PG1	600 €	3.750 €
PG2	1.350 €	3.750 €
PG3	2.250 €	3.750 €
PG4	3.000 €	3.750 €
PG5	3.750 €	3.750 €

Was ist nicht versichert?

- ✗ Kein Versicherungsschutz besteht für:
  - ✗ Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden,
  - ✗ Versicherungsfälle aufgrund vorsätzlich herbeigeführter gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Beschädigungen,
  - ✗ Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden.

Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Soweit Sie mehrere Pflegegrade bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir nur die für den festgestellten Pflegegrad vereinbarten Leistungen. Die Feststellung eines versicherten Pflegegrades schließt Leistungen aus einem anderen, niedrigeren oder höheren Pflegegrad aus.
- ! Werden für eine versicherte Person unabhängig von der Anzahl der Verträge bei uns Versicherungssummen abgeschlossen, die über die bedingungsgemäßen Höchstsummen hinausgehen, sind wir für die über die Höchstsummen hinausgehenden Beträge nicht zur Leistung verpflichtet.
- ! Ein Anspruch auf Versicherungsleistung in den Pflegegraden 1 und 2 besteht nicht vor Vollendung des 67. Lebensjahres und vor Ablauf einer ununterbrochenen Vertragslaufzeit von 10 Jahren.

PV_DFV_IPID_1044_2411

DEUTSCHE
Familienversicherung

Wo bin ich versichert?

✓ Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Welche Pflichten habe ich?

Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung:

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

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

- 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.
- Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.
- Im Versicherungsfall haben Sie uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.
- Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist
- Sie haben uns auf Nachfrage zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen.
- Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.
- Nach der Feststellung des Versicherungsfalls sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebendbescheinigung der versicherten Person vorzulegen.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

Wann und wie muss ich bezahlen?

Den Erstbeitrag haben Sie bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn, zu zahlen; erst durch Zahlung des Erstbeitrages kommt der Vertragsabschluss zustande. Folgebeiträge müssen Sie entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen zahlen. Die vereinbarte Zahlungsweise finden Sie im Versicherungsschein. Sie kann monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.
Sie können uns die Beiträge überweisen, am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen oder einen von uns angebotenen elektronischen Bezahldienst (z. B. PayPal) nutzen

Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu verantworten.
Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages z. B. durch Tod des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person erlischt der Versicherungsschutz.

Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen.

DEUTSCHE Familienversicherung

Kundeninformationsblatt

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 in unserem DFV-Kundenportal.

Kundenportal: www.dfv-portal.de
E-Mail: service@deutsche-familienversicherung.de

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Versenden personenbezogener Daten nicht über E-Mail erfolgen sollte. Nutzen Sie aus Datenschutz- und Sicherheitsgründen bitte ausschließlich die Kommunikationsmöglichkeiten über das DFV-Kundenportal und/oder die DFV-App.

Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in den Angebotsunterlagen genannt und finden sich auch im Impressum auf unserer Webseite (www.deutsche-familienversicherung.de/impressum/).

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

2. Welche Hauptgeschäftstätigkeit haben wir?

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

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

Dem Versicherungsvertrag liegen die bei Vertragsschluss vereinbarten und im Versicherungsschein genannten Versicherungsbedingungen der Deutschen Familienversicherung zugrunde.

Wir bieten private Pflegezusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Versicherungsfähig sind daher Personen, die in der deutschen SPV oder PPV versichert sind.

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

Die Versicherungsleistungen sind in den Versicherungsbedingungen inklusive Anhang näher beschrieben.

4. Wie hoch ist der Beitrag Ihrer Versicherung?

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

5. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

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

6. Wie können Sie Ihre Versicherungsbeiträge zahlen?

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

PV_DFV_KIB_1045_2411

Sie können bequem am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen oder einen von uns angebotenen elektronischen Bezahldienst (PayPal) nutzen.

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

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.

Anfang der Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung Ihres Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt am Main

Kundenportal: www.dfv-portal.de

Wir weisen Sie darauf hin, dass der Versand personenbezogener Daten nicht über E-Mail erfolgen sollte. Nutzen Sie aus Datenschutz- und Sicherheitsgründen bitte ausschließlich die Kommunikationsmöglichkeiten über das DFV-Kundenportal und/oder die DFV-App.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein vereinbarten Monatsbeitrages für jeden Tag des Bestehens des Versicherungsschutzes vom Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs bei uns. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so 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.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder –gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
   b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechtes sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages; b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

10. Welche Laufzeit gilt für Ihren Versicherungsvertrag?

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

11. Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

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

12. Welches Recht findet Anwendung?

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

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

Kundenzufriedenheit ist uns wichtig, dennoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass Sie Anlass zu einer Beschwerde sehen. In solchen Fällen können Sie sich gerne an den Beauftragten des Vorstandes für Kundenbeschwerden und Kundenzufriedenheit der Deutschen Familienversicherung wenden. Diesen erreichen Sie über das DFV-Kundenportal oder per E-Mail an:

beschwerde@deutsche-familienversicherung.de.

Sie können sich auch an folgende Stelle wenden:

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

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

DEUTSCHE
Familienversicherung

14. Welche Aufsichtsbehörde ist für uns zuständig?

Alle privaten Versicherungsuntenehmen, 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.

DEUTSCHE Familienversicherung

Versicherungsbedingungen
für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege

in der Fassung vom 01.11.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit
2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
3. Wartezeiten
4. Geltungsbereich
5. Versicherungsbeiträge
6. Anpassung der Versicherungsbeiträge
7. Anpassung der Versicherungsbedingungen
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. Leistungsausschlüsse
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
12. Laufzeit des Versicherungsvertrages
13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
14. Willenserklärungen und Anzeigen
15. Gerichtsstand
16. Anzuwendendes Recht

PV_DFV_VB_1042_2411

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege 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.

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

DFV-DeutschlandPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung, die die gesetzliche Pflegeversicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Privaten Krankenversicherer (PKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

Versicherungsfähig ist daher nur, wer bei Antragstellung in einer deutschen GKV oder deutschen PKV pflegepflichtversichert ist.

Nicht versicherungsfähig und trotz Abschlusses eines Vertrages nicht versichert sind dritte Personen, zu denen der Versicherungsnehmer nicht in einem nahen Angehörigenverhältnis in dem Sinne steht, dass es sich um ein

- Kind
- Adoptivkind
- Enkelkind
- Geschwisterteil

des Versicherungsnehmers handelt.

Ist die versicherte Person im Laufe der Vertragslaufzeit nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert, z. B. durch die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, wird das Vertragsverhältnis davon unberührt fortgesetzt.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung von Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Ziff. 2.2 und 2.3 dieser Bedingungen mit einem bei uns versicherten Pflegegrad nach Abschluss des Versicherungsvertrages und, wenn die überwiegende Ursache für die Pflegebedürftigkeit nicht mit einer der nachfolgend genannten Krankheiten begründet wird:

- Autismus und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS)
- Trisomie 21
- Entwicklungsstörungen und -verzögerungen
- Myopathien und Dystrophien
- Psychische Störungen (auch des Sozialverhaltens)
- Alkohol-, Drogen- und Medikamentensucht
- Intelligenzminderung
- Epilepsie

2.2 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gemäß § 14 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- Mobilität:
  Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
  Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und

Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

- Selbstversorgung:
  Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

  - in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

  - in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

  - in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

  - in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
  Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

2.3 Schwere der Beeinträchtigung

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI werden für die in Ziff. 2.2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen

spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die unter dieser Ziffer genannten Voraussetzungen entsprechend.

2.4 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades erfolgt durch das Pflegegutachten und den Pflegebescheid der zuständigen Pflegekasse oder durch einen von uns beauftragten Gutachter.

Wir haben das Recht, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die zuständige Pflegekasse, auch wenn die versicherte Person noch unter 67 Jahren alt ist, ein weiteres Pflegegutachten zu beauftragen.

Soweit das weitere Gutachten zu einem anderen Ergebnis wie das Erstgutachten kommt, ist ein Schiedsgutachten einzuholen. Für diesen Fall werden Ihnen von uns drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt. Ihre Entscheidung haben Sie uns innerhalb von vier Wochen ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen. Unterbleibt eine fristgerechte Benennung, wird eine der benannten Gutachterinnen oder benannten Gutachter durch uns bestimmt.

Die Kosten für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch einen von uns beauftragten Gutachter tragen wir.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse nicht möglich, z.B., weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt.
Die Kosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter im Ausland haben Sie zu tragen.

2.5 Überprüfung der Pflegebedürftigkeit

Wir haben das Recht, die Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen jederzeit durch einen von uns beauftragten Gutachter überprüfen und feststellen zu lassen.

Die Kosten für die Überprüfung und Feststellung tragen wir.

2.6 Versicherungsleistungen

Wir leisten je nach gewähltem Tarif

- das vereinbarte Pflegemonatsgeld entweder bei häuslicher Pflege oder bei stationärer Pflege,
- die vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
- die vereinbarten Einmalleistungen bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad

Soweit Sie mehrere Pflegegrade bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir nur die für den festgestellten Pflegegrad vereinbarten Leistungen. Die Feststellung eines versicherten Pflegegrades schließt Leistungen aus einem anderen, niedrigeren oder höheren Pflegegrad aus.

Ein Anspruch auf das Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege schließt einen Anspruch auf Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege und umgekehrt aus.

Das Pflegemonatsgeld in den Pflegegraden 1 und 2 zahlen wir erst ab Vollendung des 67. Lebensjahres und nach Ablauf einer ununterbrochenen Vertragslaufzeit von 10 Jahren aus.

2.6.1 Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege.

Häusliche Pflege liegt vor, wenn die Pflege der versicherten Person zuhause entweder durch Laienpfleger (z.B. durch Ehepartner oder Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird und keine stationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen in

Anspruch genommen werden.
Verhinderungspflege liegt vor, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

Kurzzeitpflege liegt vor, wenn eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit einer vollstationären Pflege bedarf.

2.6.2 Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege.

Stationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Die teilstationäre Pflege wird der stationären Pflege gleichgestellt, wenn die versicherte Person mindestens einmal pro Tag für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung untergebracht und gepflegt wird.

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre Einrichtungen.

2.6.3 Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Bis zum vollendeten 67. Lebensjahr leisten wir die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegedürftigkeit in einem bei uns versicherten Pflegegrad, mindestens jedoch Pflegegrad 3.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und dadurch pflegebedürftig wird. Voraussetzung ist, dass der Unfall die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit ist.

2.6.4 Einmalleistung je Pflegegrad

Wir leisten die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei der erstmaligen Einstufung und jeder weiteren Höherstufung in einen bei uns versicherten Pflegegrad, mindestens jedoch Pflegegrad 3.

2.7 Leistungszeitpunkt

Wir erbringen die vereinbarten Versicherungsleistungen, wenn uns alle für die Feststellung des Versicherungsfalles notwendigen Unterlagen vorliegen.

Ein Anspruch auf die Versicherungsleistungen besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit in einem versicherten Pflegegrad gemäß Pflegebescheid der Pflegekasse oder laut Gutachten des von uns beauftragten Gutachters besteht.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung in den Pflegegraden 1 und 2 besteht jedoch nicht vor Vollendung des 67. Lebensjahres und vor Ablauf einer ununterbrochenen Vertragslaufzeit von 10 Jahren.

Das für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld zahlen wir im Versicherungsfall monatlich im Voraus.

2.8 Nachversicherungsgarantie

Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden

- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages und maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes oder des Ehepartners der versicherten Person, sowie nach der Eheschließung oder Scheidung vom Ehepartner bzw. Lebenspartner oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Umzug in ein anderes Bundesland innerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgrund eines beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 %, aufgerundet auf volle Euro, beitragswirksam zu erhöhen.

Die Nachversicherungungsgarantie kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Versicherungsdynamik berücksichtigt werden.
Mit der Inanspruchnahme der

Nachversicherungsgarantie wird Ihr Beitrag neu ermittelt.
Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird nach dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Alter der versicherten Person bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu dem Änderungszeitpunkt wirksam.

Der Anspruch auf die Nachversicherungsgarantie endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

2.9 Versicherungsdynamik

Im Rahmen der Versicherungsdynamik erhöhen wir beitragswirksam das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 5 %, aufgerundet auf volle Euro.

Die Versicherungsdynamik kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Nachversicherungungsgarantie berücksichtigt werden.

Wir informieren Sie in Textform über die Erhöhung des Pflegetagegeldes. Die Leistungsanpassung wird zu Beginn des zweiten Monates (Änderungstermin) wirksam, der auf das Schreiben folgt.

Die Versicherungsdynamik wird wirksam, wenn Sie ihr nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrags widersprechen.

Widersprechen Sie zweimal nacheinander der Versicherungsdynamik, behalten wir uns bei der nächsten Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.

Mit der Teilnahme an der Versicherungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird dabei nach ihrem aktuellen Alter bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu dem Änderungszeitpunkt wirksam.

Der Anspruch auf die Versicherungsdynamik endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

2.10 Leistungsdynamik

Soweit mit Ihnen vereinbart (s. Versicherungsschein), erhöhen wir auf Antrag im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegemonatsgeld in dem bei uns versicherten Pflegegrad, in dem Sie zum Zeitpunkt der Leistungsdynamik wegen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit eingestuft sind, alle drei Jahre um 10 %, aufgerundet auf volle Euro bei Aufrechterhaltung der Beitragsbefreiung im Versicherungsfall. Soweit Sie in einen anderen Pflegegrad eingestuft werden, können Sie die bis dahin durch die Leistungsdynamik erworbenen Erhöhungen in absoluten Beträgen auf den neuen Pflegegrad übertragen.

2.11 Beitragsbefreiung im Versicherungsfall

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einordnung in mindestens Pflegegrad 3 befreien wir Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese Versicherung zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht. Die Beitragsbefreiung wirkt ab der nächsten Fälligkeit ihres Beitrages nach Antragstellung. Endet die Einordnung in einen bei uns versicherten und beitragsbefreiten Pflegegrad, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

2.12 Tarifwechsel

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Wollen Sie in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistungen zur Folge hat, ist der Tarifwechsel nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

Verändert sich in der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung (SGB XI) die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherte das Recht, in einen neuen gleichartigen

Pflegetagegeldtarif zu wechseln, soweit dieser vom Versicherer aufgrund der veränderten Gesetzesgrundlage eingeführt wird. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

3. Wartezeiten

Für die Pflegegrade 1 und 2 besteht eine 10-jährige Wartezeit.

Ansonsten bestehen keine Wartezeiten.

4. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Unsere Leistungen nach diesen Versicherungsbedingungen erbringen wir unabhängig davon, wo Sie oder die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz haben oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

5. Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person (s. Versicherungsschein). Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.

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

6. Anpassung der Versicherungsbeiträge

Wir vergleichen jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine nicht nur vorübergehende Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit 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.

7. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

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

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

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

8.1 Fälligkeit des Erstbeitrages

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

8.2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate versichert ist und Sie das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Geburtstag rückwirkend anmelden (Kindernachversicherung). Der Versicherungsschutz kann nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

8.3 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

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

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

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

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

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

10. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten sind oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle, die ursächlich auf eine vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsbeeinträchtigung oder Gesundheitsbeschädigung einschließlich deren Folgen zurückzuführen sind.

Kein Versicherungsschutz besteht auch für Versicherungsfälle 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 zu Kriegsereignissen.

11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

11.1 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

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

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

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

11.2 Obliegenheiten nach Vertragsschluss

Sie haben uns die Beendigung der Versicherung der versicherten Person in einer deutschen GKV oder deutschen PKV und den Wegfall der gesetzlichen Pflegeversicherung unverzüglich in Textform mitzuteilen.

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.

Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.

Im Versicherungsfall haben Sie uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheimes, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person, die Abrechnung ambulanter, stationärer oder der sonstigen durchgeführten Leistungen ergeben.

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

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse oder eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), durch Medicproof oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht möglich, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines durch uns beauftragten Gutachters in Textform zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sie haben uns auf Nachfrage das Fortbestehen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch eine Überprüfung und Bescheinigung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), Medicproof oder einen von der Pflegekasse oder von uns beauftragten Gutachter nachzuweisen.

Das Recht zur jederzeitigen Überprüfung der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 2.5 dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich

der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.
Nach der Feststellung des Versicherungsfalls sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebendbescheinigung der versicherten Person vorzulegen. Wir erstatten Ihnen die Kosten bis zu der Höhe, die für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen.

11.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsschluss

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.

12. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1 Kündigung des Versicherungsvertrages

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.

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

13.2 Beendigung des Versicherungsvertrages

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 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform. Für diese nutzen Sie aus Nachhaltigkeitsgründen und im Interesse einer zügigen Bearbeitung das DFV-Kundenportal.

15. Gerichtsstand

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 diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

DEUTSCHE Familienversicherung

Besondere Bedingungen für die vorzeitige Beendigung des Versicherungsfalles

Einmalleistung bei Beendigung des Versicherungsfalles durch Inanspruchnahme von assistierter Sterbebegleitung oder durch Kündigung mit Verzicht auf die Fortsetzung der Gewährung von vereinbarten Leistungen im Pflegefall

in der Fassung vom 01.11.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Gegenstand
2. Wartezeit
3. Leistungsfall
4. Einmalleistung
5. Einmalleistung bei Beendigung des Versicherungsfalles bei assistierter Sterbebegleitung
6. Einmalleistung bei Kündigung und Beendigung des Versicherungsfalles infolge des Verzichts auf die Fortsetzung der Gewährung von vereinbarten Leistungen im Pflegefall
7. Beendigung des Versicherungsvertrages

PV_DFV_VB_1043_2411

1. Gegenstand

Die Deutsche Familienversicherung gewährt nach Maßgabe dieser Bedingungen eine einmalige pauschale Geldleistung in Höhe eines Vielfachen des zuletzt geleisteten Pflegetagegeldes, bis zum festgesetzten Höchstsatz, wenn der Versicherungsvertrag trotz eingetretenem Pflegefall durch den Versicherungsnehmer beendet werden soll. Dies gilt auch, wenn die Beendigung durch einen Suizid der versicherten Person im Wege assistierter Sterbebegleitung erfolgen soll.

Die Deutsche Familienversicherung vertritt im Einklang mit der Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 die Auffassung, dass das durch das Grundgesetz garantierte allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, welches das Recht auf Selbsttötung einschließt. Das heißt, jeder hat das Recht, selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben selbst bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen. Dieses Recht beinhaltet die Freiheit des Einzelnen, zur Hilfe bereite Dritte (z.B. über Sterbehilfeorganisationen vermittelte Ärzte), die die Beendigung des Lebens begleiten, zu beauftragen. Dabei erfolgt die todbringende Handlung, also die Einnahme des tödlich wirkenden Medikaments, durch den Sterbewilligen selbst, wobei diese Handlung und auch die vorbereitenden Maßnahmen, wie die Beschaffung des Medikaments, von einer sachkundigen Person (in der Regel einer Ärztin/eines Arztes) begleitet und beaufsichtigt werden, sodass die Sicherheit und Schmerzfreiheit des Sterbewilligen während des gesamten Sterbeprozesses gewährleistet ist (sog. assistierte Sterbebegleitung).

Die Deutsche Familienversicherung will nicht den Eindruck erwecken, dass sie die assistierte Sterbebegleitung als eine gewöhnliche Form der Lebensbeendigung ansieht. Es handelt sich bei der Inanspruchnahme assistierter Sterbebegleitung um eine individuelle Entscheidung Betroffener, die aus schicksalhaften Lebensumständen resultiert.

Wer aufgrund schwerer Erkrankung oder infolge eines Unfalls in besonderem Maße pflegebedürftig wird, befindet sich in einer besonderen, oft sehr herausfordernden und schwierigen Lebenssituation. Die Leistungen der Pflege(zusatz-)versicherung sollen dem Pflegebedürftigen in dieser Situation dabei finanziell helfen, trotz seines Hilfebedarfs ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, das der im Grundgesetz verankerten Würde des Menschen entspricht. Zur Selbstbestimmung gehört dabei auch die Entscheidung zu treffen, das eigene Leben bewusst und gewollt zu beenden und dabei auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen. Dabei ist auch gesetzlich festgelegt, dass der Begriff der Pflege die Sterbebegleitung mit umfasst.

2. Leistungsfall

Ein Leistungsfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer einer privaten Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege, bei welcher die versicherte Person mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft ist, diese aus welchen Gründen auch immer beenden will oder die versicherte Person die Entscheidung trifft, ihr Leben unter Inanspruchnahme von assistierter Sterbebegleitung beenden zu wollen und die Voraussetzungen dieser Bedingungen erfüllt sind.

3. Wartezeit

Für die Inanspruchnahme und Auszahlung der Einmalleistung besteht eine Wartezeit von fünf Jahren.

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

4. Einmalleistung

Die Leistung ist eine pauschale Geldleistung. Diese kann nur einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

Die Höhe der Einmalleistung ist auf einen im Versicherungsschein dokumentierten Betrag begrenzt.

Die Einmalleistung wird auf das von der versicherten Person bei der Deutschen Familienversicherung hinterlegte Bankkonto ausgezahlt.

5. Einmalleistung bei Beendigung des Versicherungsfalles bei assistierter Sterbebegleitung

5.1 Leistungsvoraussetzungen

Die Auszahlung der Einmalleistung setzt den Nachweis voraus, dass die Entscheidung der versicherten Person, die assistierte Sterbebegleitung in einem Mitgliedstaat der EU oder in einem mit der EU assoziierten Gebiet in Anspruch zu nehmen, entsprechend den aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts abgeleiteten Kriterien zur assistierten Sterbebegleitung erfolgt ist.

Eine assistierte Sterbebegleitung liegt danach vor, wenn die versicherte Person

- voll geschäftsfähig ist und die Entscheidung zur Verwirklichung der assistierten Sterbebegleitung eindeutig, freiverantwortlich und autonom (d.h. ohne Beeinflussung durch Dritte) getroffen hat,
- über mögliche Alternativen und Handlungsoptionen aufgeklärt ist, die sie in der Entscheidungsfindung jedoch nicht beeinflusst haben,
- ihr Wille zur Verwirklichung der assistierten Sterbebegleitung auf Dauer angelegt und von innerer Festigkeit getragen ist und
- das Tatgeschehen beherrscht haben wird, indem sie die letzte Handlung (die orale oder intravenöse Medikamenteneinnahme) eigenhändig ausführen wird.

Der Anspruch auf die Einmalleistung besteht nur, soweit keine rechtswidrige Handlung vorliegt und vorbehaltlich bis zu einer Neuregelung der Sterbehilfe durch den Gesetzgeber und entfällt, sobald ein strafrechtliches Verbot ausgesprochen werden sollte.

Daneben schließt die Verwirklichung jeglicher Straftatbestände (insb. der §§ 211, 212, 216 Strafgesetzbuch - StGB) die Leistung durch die Deutsche Familienversicherung aus.

5.2 Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen sowie der Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen sind der Deutschen Familienversicherung sämtliche Auskünfte und Informationen in Textform zu erteilen.

6. Einmalleistung bei Kündigung und Beendigung des Versicherungsfalles infolge des Verzichts auf die Fortsetzung der Gewährung von vereinbarten Leistungen im Pflegefall

Alternativ zu Ziffer 5 – ungeachtet des allgemeinen Kündigungsrechts gem. Ziffer 13.1 der Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege – hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag nach Eintritt eines Versicherungsfalles im Sinne von Ziffer 2.1 der Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege, in Textform zu kündigen. Für diesen Fall gewährt die Deutsche Familienversicherung dem Versicherungsnehmer, unter den nachfolgend beschriebenen Voraussetzungen und unter Verzicht auf die Fortsetzung der Gewährung der vereinbarten Leistungen (Pflegetagegelder), die Einmalleistung.

6.1 Leistungsvoraussetzungen

Die Auszahlung der Einmalleistung setzt voraus:

- den Eintritt eines Versicherungsfalles im Sinne von Ziffer 2.1 der Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege und Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 3,
- eine zu erwartende Lebensdauer von mehr als 12 Monaten.

6.2 Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen sowie der Leistungspflicht sind der Deutschen Familienversicherung auf Verlangen sämtliche Auskünfte und Informationen in Textform zu erteilen.

7. Beendigung des Versicherungsvertrages

Durch die Inanspruchnahme der Einmalleistung im Sinne von Ziffer 4 dieser Bedingungen, endet der Versicherungsvertrag für die private Pflegezusatz-versicherung DFV-DeutschlandPflege entweder automatisch mit Ablauf des Monats, in dem die Einmalleistung ausgezahlt worden ist oder mit dem Tod der versicherten Person, wobei Ziffer 4 Abs. 3 dieser Bedingungen hiervon unberührt bleibt.

Mit der Beendigung des Vertrages endet auch der Versicherungsschutz.