

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten DFV-KlinikSchutz

DFV Deutsche Familienversicherung AG

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

Um welche Versicherung handelt es sich?

DFV-KlinikSchutz ist eine private stationäre Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist und seinen Wohnsitz in Deutschland hat.



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit.
- ✓ Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für
 - ✓ die Heilbehandlung,
 - ✓ die freie Krankenhaus- und Arztwahl,
 - ✓ die gesondert berechenbare Unterkunft im Krankenhaus,
 - ✓ die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung) sowie
- ✓ weitere, nachfolgend näher beschriebene Leistungen:
 - ✓ Ersatzkrankenhaustagegeld,
 - ✓ ambulante stationsersetzende Heilbehandlungen,
 - ✓ vor- und nachstationäre Behandlungen,
 - ✓ Rooming-In,
 - ✓ Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus,
 - ✓ Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel,
 - ✓ Krankentransporte im Inland,
 - ✓ Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen,
 - ✓ kosmetische Operationen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Kein Versicherungsschutz besteht für:
 - ✗ vor Vertragsschluss bereits bekannt gewordene und/oder angeratene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen aufgrund einer vor Vertragsschluss eingetretenen und diagnostizierten Krankheit,
 - ✗ teilstationäre Behandlungen,
 - ✗ eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
 - ✗ Behandlungskosten von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger; der Anspruch auf das tarifliche Rehabilitations-Tagegeld bleibt davon unberührt,
 - ✗ Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
 - ✗ vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
 - ✗ Krankheiten infolge Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch,
 - ✗ Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
 - ✗ Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
 - ✗ verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

- ! Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen, wenn das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung überschritten wird oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.



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. Machen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

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

- 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.
- Auf unser Verlangen haben Sie uns jede Auskunft zu erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Sie haben uns – soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann – sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen.
- Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

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

Sie müssen die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen zahlen. Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig und werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

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

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages, z.B. durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit (bei Ende der Mitgliedschaft in einer deutschen GKV) oder durch Tod der versicherten Person, erlischt der Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

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

Versicherungsbedingungen
für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz
in der Fassung vom 01.09.2018

Inhaltsverzeichnis

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

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

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

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

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

DFV-KlinikSchutz ist eine private stationäre Krankenzusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV ist und seinen Wohnsitz in Deutschland hat.

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

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

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit.

Medizinisch notwendig ist eine Heilbehandlung, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung vertretbar ist, sie als notwendig anzusehen. Dies ist im Allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die versicherte Krankheit zu heilen oder zu lindern (Heilbehandlung). Unabhängig davon wird die medizinische Notwendigkeit der versicherten Heilbehandlung unterstellt, wenn die GKV bei einem Akut-Klinikaufenthalt allgemeine Krankenhausleistungen erbringt.

Je nach gewähltem Tarif (siehe Versicherungsschein) sind

- Gesundheitsschädigungen oder
- Gesundheitsschädigungen und schwere Krankheiten oder
- Gesundheitsschädigungen, schwere Krankheiten und alle Krankheiten

versichert.

Gesundheitsschädigungen nach diesem Vertrag sind die in dem Anhang unter der Überschrift „Versicherte Gesundheitsschädigungen“ nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) abschließend aufgeführten Gesundheitsschädigungen.

Schwere Krankheiten nach diesem Vertrag sind die im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Versicherte schwere Krankheiten“ nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) abschließend aufgeführten Krankheiten.

Alle Krankheiten sind solche Krankheiten, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zur Folge haben. Ungeachtet einer Krankheit erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die stationäre Untersuchung und Behandlung bei Schwangerschaften, bei nicht rechtswidrigen

Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikationen sowie bei Entbindungen.

Die Einstufung einer Krankheit nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) sowie die Festlegung des entsprechenden ICD- Codes hat durch den behandelnden, approbierten Arzt zu erfolgen.

Sofern die versicherte Krankheit erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher diagnostiziert werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Verdacht auf eine versicherte Krankheit für den Anspruch auf versicherte Leistungen bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose ausreichend. Stellt sich im Verlauf der Heilbehandlung heraus, dass keine der versicherten Krankheiten vorliegt, endet unsere Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

2.2. Vorleistungen einer GKV oder eines anderen Kostenträgers

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

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

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

Wird eine Vorleistung nicht erbracht, ziehen wir pauschal 57,5 % der dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung ab.

2.3. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- **die Heilbehandlung,**
- **die freie Krankenhaus- und Arztwahl,**
- **die gesondert berechenbare Unterkunft im Krankenhaus,**
- **die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) sowie**
- **die weiteren, nachfolgend näher beschriebenen Leistungen.**

2.3.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Alle Aufwendungen für versicherte Heilbehandlungen werden bis zu den festgesetzten Höchstsätzen (3,5facher Gebührensatz) der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Dies gilt auch für Heilbehandlungen im Ausland.

Reichen die Höchstsätze (3,5facher Gebührensatz) aufgrund besonderer medizinischer Schwierigkeiten nicht aus, kann eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart werden, die wir auch im vertraglichen Umfang bis zum 5,0fachen Gebührensatz erstatten, sofern diese den Bestimmungen der GOÄ bzw. GOZ entspricht und die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird. Dies gilt auch für Heilbehandlungen im Ausland, wenn wir es vor Beginn der stationären Heilbehandlung auf ihre Anfrage hin in Textform zugesagt haben.

Wir übernehmen unter Berücksichtigung der Schwierigkeit des Einzelfalles und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung der Heilbehandlung auch eine über den 5,0fachen Gebührensatz hinausgehende Vergütung, wenn wir es vor Beginn der stationären Heilbehandlung auf Ihre Anfrage hin in Textform zugesagt haben.

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Versicherungsleistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

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

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

2.3.2. Freie Krankenhaus- und Arztwahl

Sie können Ihr Krankenhaus frei wählen, soweit es unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt sowie gewerberechtlich zur Erbringung von Heilbehandlungen befugt ist.

Bei Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach dem vorstehenden Absatz erfüllen, werden im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen nur dann ersetzt, wenn wir dies vor Beginn der stationären Heilbehandlung in Textform zugesagt haben.

Wir leisten für erstattungsfähige Aufwendungen auch ohne vorherige Zusage, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
- es die einzige Krankenanstalt in der näheren Umgebung des Wohnortes der versicherten Person war oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige vollstationäre Behandlung erforderlich machte.

Ihnen steht die Wahl unter den approbierten Ärzten frei.

2.3.3. Gesondert berechenbare Unterkunft

Wir ersetzen die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft während einer stationären Heilbehandlungsmaßnahme je nach gewähltem Tarif (siehe Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen).

2.3.4. Gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen von z.B.

- Chefarzten,
- Belegärzten sowie
- Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

2.3.5. Ersatzkrankenhaustagegeld

Wir erstatten beim Verzicht auf die gesondert berechenbare Unterkunft oder für den Fall, dass das Krankenhaus eine solche Leistung nicht anbietet, und bei Verzicht auf gesondert berechenbare pri-

vatärztliche Leistungen ein Ersatzkrankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Heilbehandlung je nach gewähltem Tarif (siehe Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen).

Dies gilt nicht im Falle von Entbindungen bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen einer Beleghebamme oder eines Belegentbindungspflegers sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen.

2.3.6. Ambulante stationersetzende Heilbehandlungen

Wir ersetzen die Aufwendungen auch bei ambulanten Heilbehandlungen, wenn dadurch eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung entfällt.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören:

- ambulante Vor- und Nachuntersuchungen,
- ärztliche Leistungen sowie
- Laboruntersuchungen.

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

2.3.7. Vor- und nachstationäre Behandlungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlungen, auch wenn diese im Auftrag eines Krankenhauses von einem niedergelassenen approbierten Arzt durchgeführt werden, soweit diese zur Klärung der Erforderlichkeit, zur Vorbereitung einer erstattungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung oder zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine erstattungspflichtige vollstationäre Heilbehandlung notwendig sind.

Der Versicherungsschutz für vorstationäre Behandlungen ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt.

Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung nicht überschreiten.

Bei Organübertragungen nach dem Transplantationsgesetz beträgt der Zeitraum drei Monate nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung.

2.3.8. Rooming-in

Tritt der Versicherungsfall bei einer bei uns versicherten minderjährigen Person ein, ersetzen wir die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Erziehungsberechtigten, der bei der minderjährigen versicherten Person im Krankenhaus übernachtet.

2.3.9. Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus

Wir ersetzen die Aufwendungen für die gesetzlichen Zuzahlungen je Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung.

2.3.10. Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel

Wir ersetzen die Aufwendungen für die Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel (z.B. Telefon, Internet und Fernsehgeräte), die von dem Krankenhaus in Rechnung gestellt werden, jedoch nicht die verbrauchsabhängigen Gebühren.

2.3.11. Krankentransporte im Inland

Wir ersetzen die Aufwendungen für medizinisch notwendige Krankentransporte mit einem Rettungsfahrzeug im Inland zu und von einem für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus im Rahmen einer vollstationären Heilbehandlung sowie Krankenfahrten von und zu ambulanten stationsersetzenden Heilbehandlungen.

2.3.12. Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen

Wir zahlen bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Rehabilitationsmaßnahme ein Tagegeld bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Voraussetzung für den Anspruch auf Tagegeld ist, dass der vollstationären Rehabilitationsmaßnahme eine vollstationäre erstattungspflichtige Heilbehandlung vorausgegangen ist und die vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme binnen 14 Kalendertagen nach der Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung begonnen hat.

2.3.13. Kosmetische Operationen

Wir ersetzen die nachgewiesenen Aufwendungen für kosmetische Operationen bis zum vereinbarten Höchstbetrag, sofern hierfür eine versicherte Krankheit ursächlich war.

Die kosmetischen Operationen müssen innerhalb von 3 Jahren nach Ausheilung der hierfür ursächlichen Krankheit und während der Laufzeit des Versicherungsvertrages durchgeführt werden.

3. Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Beitrages ist, je nach Tarif, entweder nach Altersstufen gestaffelt oder es ist allein das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

Der Beitrag richtet sich grundsätzlich nach dem Alter der versicherten Person.

Die Höhe des Beitrages ist - je nach Tarif - entweder über die Vertragslaufzeit nach Altersstufen gestaffelt oder es ist für die Dauer des Versicherungsvertrages das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

Ist der Beitrag nach Altersstufen gestaffelt und erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der entsprechend neue Beitrag zu zahlen.

Ist für den Beitrag allein das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn maßgeblich, ist die Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder eine Minderung der Versicherungsleistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ab Vollendung des 21. Lebensjahres für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zahlen Kinder und Jugendliche den Beitrag für die Altersgruppe 0-20. Mit Vollendung des 21. Lebensjahres findet einmalig eine Umstellung auf den Beitrag statt, der für das Eintrittsalter von 21 Jahren gilt.

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

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

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

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder bei häufigerer Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen durch die Versichertengemeinschaft, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich einerseits die erforderlichen mit den in den technischen

Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und andererseits die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch Betrachtung von Barwerten. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

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

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

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

5.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

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

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

5.2. Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

Der Erstbeitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unserem Konto eingegangen ist

oder im Falle eines erteilten SEPA-Lastschriftmandates von dem vereinbarten Konto abgebucht werden konnte und der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

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

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

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

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

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

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

6.1. Fälligkeit der Folgebeiträge

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

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

6.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig und werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, ha-

ben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.

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

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

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

7. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

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

8. Leistungseinschränkungen

Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen, wenn das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung überschritten wird oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Versicherungsleistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir die Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für Heilbehandlungen oder sonstigen Maßnahmen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

9. Leistungsausschlüsse

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Heilbehandlungen Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend näher beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Kein Versicherungsschutz besteht für

- vor Vertragsschluss bereits bekannt gewordene und/oder angeratene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen aufgrund einer vor Vertragsschluss eingetretenen und diagnostizierten Krankheit,
- teilstationäre Behandlungen,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterkunft,
- Behandlungskosten von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger; der Anspruch auf das tarifliche Rehabilitations-Tagegeld bleibt davon unberührt,
- Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung,
- vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- Krankheiten infolge von vorsätzlichem Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch,
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,
- Krankheiten infolge der Ausübung einer strafbaren Handlung sowie
- verbrauchsabhängige Gebühren für Kommunikationsmittel.

Ebenfalls kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge zählen nicht als Kriegsereignisse.

10. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

10.1. Bei Vertragsschluss zu beachtende Obliegenheiten und Folgen ihrer Nichtbeachtung

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

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

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

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

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

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

Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.

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

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

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

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

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

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

11. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

12. Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

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

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

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

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

13. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

13.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

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

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

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

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

Nehmen Sie innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von 12 Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem der Leistungsanspruch geltend gemacht wurde. Sie endet nach Ablauf von 12 Monaten, spätestens jedoch mit Ablauf des 30. Monats - auch im Falle eines Tarifwechsels - nach Vertragsbeginn. Nach Ablauf der Sperrzeit können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen.

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

13.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

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

Der Versicherungsvertrag endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

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

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

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

14. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

15. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns in Textform zu übermitteln.

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

16. Gerichtsstand

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

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

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

17. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

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

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen
für die stationäre Krankenzusatzversicherung DFV-KlinikSchutz
in der Fassung vom 01.09.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
2. Versicherungsbeiträge
3. Übersicht - Versicherte Gesundheitsschädigungen
4. Übersicht - Versicherte schwere Krankheiten
5. Abschließende Auflistung - Versicherte Gesundheitsschädigungen
6. Abschließende Auflistung - Versicherte schwere Krankheiten
7. Gesundheitsfrage

1. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung aufgrund einer versicherten Gesundheitsschädigung oder Krankheit erbringen wir nach Maßgabe der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen folgende Leistungen:

1.1 Überblick

Anspruch auf Versicherungsleistungen	DFV-KlinikSchutz			
	Basis	Komfort	Premium	Exklusiv
Bei Gesundheitsschädigungen	✓	✓	✓	✓
Bei schweren Krankheiten	☒	✓	✓	✓
Bei allen Krankheiten	☒	☒	✓	✓
Gesondert berechenbare Unterkunft	Einbettzimmer	Einbettzimmer	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
DFV-KlinikSchutz Assistance	✓	✓	✓	✓
DFV-KlinikSchutz Exklusiv Assistance	☒	☒	☒	✓

1.2 Versicherungsleistungen

Der gewählte Tarif entscheidet darüber, welche Gesundheitsschädigung oder Krankheit (Gesundheitsschädigungen, schwere Krankheiten oder alle Krankheiten) versichert ist.

Versicherungsleistungen	
Heilbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> • 3,5facher Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte • 5,0facher Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten bei Leistungserbringung in Deutschland • 5,0facher Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten bei Leistungserbringung im Ausland nach vorheriger Zusage in Textform • über 5,0fachen Gebührensatz für Behandlungen mit besonderen medizinischen Schwierigkeiten nach vorheriger Zusage in Textform 	100 %
Freie Krankenhaus- und Arztwahl	100 %
Gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen <ul style="list-style-type: none"> • Chefarztbehandlungen oder belegärztliche Leistungen • Beleghebamme und Belegentbindungspfleger 	100 %
Ersatzkrankenhaustagegeld <ul style="list-style-type: none"> • Verzicht auf versicherte gesondert berechenbare Unterkunft • Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen • Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft und gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen 	40 Euro 60 Euro 100 Euro
<p>Im DFV-KlinikSchutz Basis, Komfort und Exklusiv ersetzen wir beim Verzicht auf die Unterkunft im Einbettzimmer zusätzlich die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.</p> <p>Wird in der Tarifvariante DFV-KlinikSchutz Premium die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.</p>	
Ambulante stationärer ersetzende Heilbehandlungen	100 %
Vor- und nachstationäre Behandlungen	100 %
Rooming-in Unterkunft eines Erziehungsberechtigten im Krankenhaus während eines stationären Aufenthaltes einer minderjährigen versicherten Person	100 %
Erstattung gesetzlicher Zuzahlungen im Krankenhaus bei vollstationären Heilbehandlungen	10 Euro, max. 28 Tage
Bereitstellungskosten für Kommunikationsmittel	100 %
Krankentransporte im Inland	100 %
Tagegeld bei vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen je Versicherungsjahr	100 Euro, max. 21 Tage
Kosmetische Operationen aufgrund versicherter Krankheiten	max. 10.000 Euro
Auslandsreise-Krankenversicherung <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche, zahnärztliche oder stationäre Akutversorgung im Ausland • Krankentransporte aus dem Ausland • Überführungskosten aus dem Ausland • Bestattungskosten im Ausland (max. in Höhe vergleichbarer Überführungskosten) 	✓

2. Versicherungsbeiträge

2.1 Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Basis

Im Tarif DFV-KlinikSchutz Basis steigt der Beitrag mit zunehmendem Alter. Ein neuer Beitrag wird ab Beginn des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die versicherte Person das entsprechende Alter erreicht.

Altersstufe	Monatsbeitrag DFV-KlinikSchutz Basis
bis 20 Jahre	5,06 EUR
21 - 30 Jahre	4,60 EUR
31 - 50 Jahre	3,99 EUR
51 - 60 Jahre	5,76 EUR
61 - 70 Jahre	8,99 EUR
71 - 80 Jahre	16,52 EUR
ab 81 Jahre	27,75 EUR

2.2 Versicherungsbeiträge DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv

Die Beiträge in den Tarifen DFV-KlinikSchutz Komfort, Premium und Exklusiv steigen ab Vollendung des 21. Lebensjahres nicht mehr mit zunehmendem Alter. Bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zahlen Kinder und Jugendliche den Beitrag für die Altersgruppe 0 - 20. Mit Vollendung des 21. Lebensjahres findet einmalig eine Umstellung auf den Beitrag statt, der für das Eintrittsalter von 21 Jahren gilt.

3. Übersicht - Versicherte Gesundheitsschädigungen

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen nur einen Überblick über die verschiedenen Kategorien der Gesundheitsschädigungen. Die vollständige Liste der versicherten Gesundheitsschädigungen entnehmen Sie bitte der „Abschließenden Auflistung – Versicherte Gesundheitsschädigungen“. Diese abschließende Auflistung ist allein für die Beurteilung einer Gesundheitsschädigung als versicherte Gesundheitsschädigung maßgeblich.

ICD-Code (Gruppe)	Diagnose
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen n. n. bez. Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktiven Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T79	Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen
T80-T89	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

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

4. Übersicht – Versicherte schwere Krankheiten

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

ICD-Code (Gruppe)	Diagnose
A87	Virusmeningitis
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
G00 - G03	Meningitis (Hirnhautentzündung)
G04 - G05*	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis *Diagnoseschlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden
G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
G80 - G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
I05 - I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I20 - I22	Angina pectoris, akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
I42	Kardiomyopathie
I50	Herzinsuffizienz
I63 - I64	Hirnfarkt oder Schlaganfall
I71 - I72	Aortenaneurysma und -dissektion, sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
N17 - N19	Akutes Nierenversagen, chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

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

Alle Krankheiten

Jede Krankheit, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zur Folge hat. Ungeachtet einer Krankheit erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die stationäre Untersuchung und Behandlung bei Schwangerschaften, bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikationen sowie bei Entbindungen.

5. Abschließende Auflistung der versicherten Gesundheitsschädigungen nach ICD-10, Version 2016

Als Gesundheitsschädigungen, die unter den Versicherungsschutz fallen, gelten ausschließlich die nachfolgenden genannten und durch den jeweiligen ICD-Code definierten Gesundheitsschädigungen.

ICD-Code (Gruppe)	Detaillierung
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
	S00 Oberflächliche Verletzung des Kopfes
	S01 Offene Wunde des Kopfes
	S02 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen
	S03 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes
	S04 Verletzung von Hirnnerven
	S05 Verletzung des Auges und der Orbita
	S06 Intrakranielle Verletzung
	S07 Zerquetschung des Kopfes
	S08 Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes
	S09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
	S10 Oberflächliche Verletzung des Halses
	S11 Offene Wunde des Halses
	S12 Fraktur im Bereich des Halses
	S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe
	S14 Verletzung der Nerven und des Rückenmarks in Halshöhe
	S15 Verletzung von Blutgefäßen in Halshöhe
	S16 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe
	S17 Zerquetschung des Halses
	S18 Traumatische Amputation in Halshöhe
	S19 Sonst. und n.n.bez. Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
	S20 Oberflächliche Verletzung des Thorax
	S21 Offene Wunde des Thorax
	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums u.d. Brustwirbelsäule
	S23 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich des Thorax
	S24 Verletzung der Nerven und des Rückenmarks in Thoraxhöhe
	S25 Verletzung von Blutgefäßen des Thorax
	S26 Verletzung des Herzens
	S27 Verletzung sonstiger u. n. n. bez. intrathorakaler Organe
	S28 Zerquetschung des Thorax und traumatische Amputation von Teilen des Thorax
	S29 Sonstige und n. n. bez. Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	S30 Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S31 Offene Wunde des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	S33 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	S34 Verletzung der Nerven u. des lumbalen Rückenmarks in Höhe des Abdomens, d. Lumbosakralgegend u. des Beckens
	S35 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S36 Verletzung von intraabdominalen Organen
	S37 Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane
	S38 Zerquetschung und traumatische Amputation von Teilen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
	S39 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	S40 Oberflächliche Verletzung der Schulter u. d. Oberarmes
	S41 Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes
	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
	S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
	S44 Verletzung v. Nerven in Höhe d.Schulter u. d. Oberarmes
	S45 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
	S46 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
	S47 Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes
	S48 Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm
	S49 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	S50 Oberflächliche Verletzung des Unterarmes
	S51 Offene Wunde des Unterarmes
	S52 Fraktur des Unterarmes
	S53 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens
	S54 Verletzung von Nerven in Höhe des Unterarmes
	S55 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterarmes
	S56 Verletzung v. Muskeln u. Sehnen i. Höhe des Unterarmes
	S57 Zerquetschung des Unterarmes
	S58 Traumatische Amputation am Unterarm
	S59 Sonst. und n. n. bez. Verletzungen des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	S60 Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes u. d. Hand
	S61 Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand
	S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
	S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S64 Verletzung v. Nerven i. Höhe d. Handgelenkes u.d. Hand
	S65 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S66 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
	S67 Zerquetschung des Handgelenkes und der Hand
	S68 Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand
	S69 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	S70 Oberflächliche Verletzung der Hüfte u. d. Oberschenkels
	S71 Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels
	S72 Fraktur des Femurs

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	S73 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte
	S74 Verletzung von Nerven in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S75 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S76 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
	S77 Zerquetschung der Hüfte und des Oberschenkels
	S78 Traumatische Amputation an Hüfte und Oberschenkel
	S79 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	S80 Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
	S81 Offene Wunde des Unterschenkels
	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
	S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
	S84 Verletzung von Nerven in Höhe des Unterschenkels
	S85 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterschenkels
	S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
	S87 Zerquetschung des Unterschenkels
	S88 Traumatische Amputation am Unterschenkel
	S89 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	S90 Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes
	S91 Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes
	S92 Fraktur des Fußes (ausgenommen oberes Sprunggelenk)
	S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes
	S94 Verletzung v.Nerven in Höhe des Knöchels u.d. Fußes
	S95 Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Knöchels und des Fußes
	S96 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Knöchels und des Fußes
	S97 Zerquetschung des oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes
	S98 Traumatische Amputation am ober. Sprunggelenk u. Fuß
	S99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T00 Oberflächliche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T01 Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T02 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T03 Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T04 Zerquetschungen mit Beteiligung mehr. Körperregionen
	T05 Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
	T06 Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, a.n.k.
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen
T08-T14	Verletzungen n. n. bez. Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
	T08 Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet
	T09 Sonstige Verletzungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet
	T10 Fraktur der oberen Extremität, Höhe n.n.bez.
	T11 Sonst. Verletzungen d. oberen Extremität, Höhe n.n.bez.
	T12 Fraktur der unteren Extremität, Höhe n.n.bez.
	T13 Sonst. Verletzungen der unteren Extremität, Höhe n.n.bez.
	T14 Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
	T15 Fremdkörper im äußeren Auge
	T16 Fremdkörper im Ohr
	T17 Fremdkörper in den Atemwegen
	T18 Fremdkörper im Verdauungstrakt
	T19 Fremdkörper im Urogenitaltrakt
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
	T20 Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses
	T21 Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes
	T22 Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand
	T23 Verbrennung od. Verätzung des Handgelenkes u.d. Hand
	T24 Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß
	T25 Verbrennung od. Verätzung der Knöchelregion u.d. Fußes
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
	T26 Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde
	T27 Verbrennung oder Verätzung der Atemwege
	T28 Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe
T29-T32!	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und n. n. bez. Körperregionen
	T29 Verbrennungen od. Verätzungen mehrerer Körperregionen
	T30 Verbrennung oder Verätzung, Körperregion nicht näher bezeichnet
	T31! Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche ! = Solche Schlüsselnummern dürfen nur zusätzlich zu einer nicht derart markierten Schlüsselnummer benutzt werden.
	T32! Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
T33-T35	Erfrierungen
	T33 Oberflächliche Erfrierung
	T34 Erfrierung mit Gewebsnekrose
	T35 Erfrierung mit Beteiligung mehrerer Körperregionen und nicht näher bezeichnete Erfrierung
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktiven Substanzen
	T36 Vergiftung durch systemisch wirkende Antibiotika
	T37 Vergiftung durch sonstige systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika
	T38 Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten, a.n.k.
	T39 Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
	T40 Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene)
	T41 Vergiftung durch Anästhetika und therapeutische Gase
	T42 Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
	T43 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, a.n.k.
	T44 Vergiftung durch primär auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel
	T45 Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, a.n.k.
	T46 Vergiftung durch primär auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Mittel
	T47 Vergiftung durch primär auf den Magen-Darmtrakt wirkende Mittel
	T48 Vergiftung durch primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungssystem wirkende Mittel

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	T49 Vergift. d.prim.a.Haut u.Schleimhäute wirk. u.i.d. Augen-, Hals-Nasen-Ohren- u.d. Zahnheilk. angew. Mittel z. top. Anw.
	T50 Vergiftung durch Diuretika und sonstige und n.n. bez. Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
	T51 Toxische Wirkung von Alkohol
	T52 Toxische Wirkung von organischen Lösungsmitteln
	T53 Toxische Wirkung von halogenierten aliphatischen und aromatischen Kohlenwasserstoffen
	T54 Toxische Wirkung von ätzenden Substanzen
	T55 Toxische Wirkung von Seifen und Detergenzien
	T56 Toxische Wirkung von Metallen
	T57 Toxische Wirkung von sonst. anorganischen Substanzen
	T58 Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid
	T59 Toxische Wirkung sonst.Gase, Dämpfe od. sonst. Rauches
	T60 Toxische Wirkung von Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestiziden)
	T61 Toxische Wirkung schädlicher Substanzen, die mit essbaren Meerestieren aufgekommen wurden
	T62 Toxische Wirkung sonstiger schädlicher Substanzen, die mit der Nahrung aufgekommen wurden
	T63 Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren
	T64 Toxische Wirkung von Aflatoxin und sonstigem Mykotoxin in kontaminierten Lebensmitteln
	T65 Toxische Wirkung sonstiger und n. n. bez. Substanzen
T66-T79	Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen
	T66 N. n. bez. Schäden durch Strahlung
	T67 Schäden durch Hitze und Sonnenlicht
	T68 Hypothermie
	T69 Sonstige Schäden durch niedrige Temperatur
	T70 Schäden durch Luft- und Wasserdruck
	T71 Erstickung
	T73 Schäden durch sonstigen Mangel
	T74 Missbrauch von Personen
	T75 Schäden durch sonstige äußere Ursachen
	T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, a.n.k.
	T79 Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, a.n.k.
T80-T89	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
	T80 Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken
	T81 Komplikationen bei Eingriffen, a.n.k.
	T82 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
	T83 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
	T85 Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
	T86 Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
	T87 Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind

Fortsetzung der versicherten Gesundheitsschädigungen

	T88 Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.
	T89 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
	T90 Folgen von Verletzungen des Kopfes
	T91 Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes
	T92 Folgen von Verletzungen der oberen Extremität
	T93 Folgen von Verletzungen der unteren Extremität
	T94 Folgen von Verletzungen mehrerer oder nicht näher bezeichneter Körperregionen
	T95 Folgen von Verbrennungen, Verätzungen od. Erfrierungen
	T96 Folgen einer Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und
	T97 Folgen toxischer Wirkungen von vorwiegend nicht
	T98 Folgen sonstiger u. n. n. bez. Wirkung äußerer Ursachen

a.n.k. = anderenorts nicht klassifiziert

6. Abschließende Auflistung der versicherten schweren Krankheiten nach ICD-10, Version 2016

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

ICD-Code (Gruppe)	Detaillierung
A87	Virusmeningitis
C00 - C97	Bösartige Neubildungen
	C00 Bösartige Neubildung der Lippe
	C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes
	C02 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
	C03 Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
	C04 Bösartige Neubildung des Mundbodens
	C05 Bösartige Neubildung des Gaumens
	C06 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
	C07 Bösartige Neubildung der Parotis
	C08 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
	C09 Bösartige Neubildung der Tonsille
	C10 Bösartige Neubildung des Oropharynx
	C11 Bösartige Neubildung des Nasopharynx
	C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
	C13 Bösartige Neubildung des Hypopharynx
	C14 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
	C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus
	C16 Bösartige Neubildung des Magens
	C17 Bösartige Neubildung des Dünndarmes
	C18 Bösartige Neubildung des Kolons
	C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
	C20 Bösartige Neubildung des Rektums
	C21 Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
	C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
	C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase
	C24 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas
	C26 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane
	C30 Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
	C31 Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
	C32 Bösartige Neubildung des Larynx
	C33 Bösartige Neubildung der Trachea
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
	C37 Bösartige Neubildung des Thymus
	C38 Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura
	C39 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
	C40 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
	C41 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

Fortsetzung der versicherten schweren Krankheiten

C43	Bösartiges Melanom der Haut
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45	Mesotheliom
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]
C47	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C51	Bösartige Neubildung der Vulva
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weibl. Genitalorgane
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60	Bösartige Neubildung des Penis
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62	Bösartige Neubildung des Hodens
C63	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männl. Genitalorgane
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C69	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenhangsgebilde
C70	Bösartige Neubildung der Meningen
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74	Bösartige Neubildung der Nebenniere
C75	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
C82	Folikuläres Lymphom
C83	Nicht follikuläres Lymphom
C84	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome
C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C91	Lymphatische Leukämie
C92	Myeloische Leukämie
C93	Monozytenleukämie

Fortsetzung der versicherten schweren Krankheiten

	C94 Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
	C95 Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
	C96 Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
	C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D33	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
G00 - G03	Meningitis (Hirnhautentzündung)
	G00 Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert
	G01* Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten * Diagnoseschlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden
	G02* Meningitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
	G03 Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
G04 - G05*	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
	G04 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
	G05* Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei andernorts klassifizierten Krankheiten
G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
G80 - G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
	G80 Infantile Zerebralparese
	G81 Hemiparese und Hemiplegie
	G82 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
	G83 Sonstige Lähmungssyndrome
I05 - I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
	I05 Rheumatische Mitralklappenkrankheiten
	I06 Rheumatische Aortenklappenkrankheiten
	I07 Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
	I08 Krankheiten mehrerer Herzklappen
	I09 Sonstige rheumatische Herzkrankheiten
I20 - I22	Angina pectoris, akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt
	I20 Angina pectoris
	I21 Akuter Myokardinfarkt
	I22 Rezidivierender Myokardinfarkt
I42	Kardiomyopathie
I50	Herzinsuffizienz
I63 - I64	Hirnfarkt oder Schlaganfall
	I63 Hirnfarkt
	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I71 - I72	Aortenaneurysma und -dissektion, sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
	I71 Aortenaneurysma und -dissektion
	I72 Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
N17 - N19	Akutes Nierenversagen, chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
	N17 Akutes Nierenversagen
	N18 Chronische Nierenkrankheit
	N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

7. Gesundheitsfrage

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

Hat die zu versichernde Person

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

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

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

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

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

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

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

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

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

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

- Tumorerkrankungen

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

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

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