

Deutsche Familienversicherung • Reuterweg 47 • 60323 Frankfurt am Main

«Anrede»
«Vorname» «Name»
«Straße» «Hausnummer»
«PLZ» «Ort»

Telefon 069 95 86-93 99
Telefax 069 74 30-46 46
E-Mail bap@deutsche-familienversicherung.de

20.10.2020

Beitragsanpassung zu Ihrer Krankenhauszusatzversicherung «Vsnr»

Dieses Schreiben gilt als Nachtrag zum Versicherungsschein. Bitte nehmen Sie dieses Schreiben zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Sehr geehrte/r/ <<Name>>,

mit dem Abschluss des Tarifes <<Produktname >> haben Sie sich beste Zusatzleistungen bei stationärem Aufenthalt im Krankenhaus gesichert. Dieser zusätzliche Schutz bietet Ihnen bestmögliche medizinische Versorgung, komfortable Unterbringung sowie eine hohe Kostenersparnis.

Um die Leistungsfähigkeit Ihrer Krankenhauszusatzversicherung auch in Zukunft sicherzustellen, schreibt uns der Gesetzgeber vor, jedes Jahr zu überprüfen, ob sich nicht nur vorübergehende Veränderungen bei den für die Kalkulation der Versicherungsbeiträge maßgeblichen Rechnungsgrundlagen (Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten) ergeben haben.

Ergibt die Überprüfung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 % oder die der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, müssen wir die Versicherungsbeiträge je Tarif überprüfen. Im Anschluss können wir sie dann mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anpassen.

Bei der nun vorgenommenen Überprüfung Ihres Tarifes <<Produktname>> haben wir festgestellt, dass die erforderlichen Versicherungsleistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 5 % abweichen und der Beitrag für Ihre Krankenhauszusatzversicherung deshalb angepasst werden muss.

Die Anpassung der Versicherungsbeiträge erfolgt dabei nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Verwendung der gesetzlich vorgegebenen Rechnungsgrundlagen (Leistungen für ärztliche Leistungen, gesonderte Unterbringung und

Ersatzkrankenhaustagegeld).

Im Zuge dieser Neuberechnung der Beiträge wurden folgende Rechnungsgrundlagen angepasst:

- die durchschnittlichen Versicherungsleistungen je versicherter Person (sogenannter Kopfschaden),
- die durchschnittliche Lebenserwartung und das Kündigungsverhalten der Versicherten (sogenannte Ausscheideordnung),
- der Zinssatz für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellungen (sogenannter Rechnungszins).

Zusammenfassend ist die Beitragsanpassung insbesondere auf den medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitswesen zurückzuführen. Die Verwendung von neuen Verfahren und Medikamenten ist beispielsweise einer der Faktoren, die die Ausgaben in diesem Bereich erhöhen.

Der unabhängige Treuhänder hat den Änderungen der Rechnungsgrundlagen und somit der Beitragsanpassung zugestimmt. Dazu wurden ihm sämtliche für die Prüfung der Beitragsanpassung erforderlichen technischen Rechnungsgrundlagen vorgelegt. Der Treuhänder hat dabei insbesondere geprüft, ob die Berechnung der Beiträge mit den dafür bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang steht und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind.

Ihr neuer Beitrag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf den Zugang dieses Schreibens folgt, also zum **01.01.2021**.

Ihr neuer Versicherungsbeitrag

<<Versicherungsbeitrag monatlich bisher>> <<XX,XX Euro>>
<<Versicherungsbeitrag monatlich ab **01.01.2021**>> <<XX,XX Euro>>

<<Der Beitrag für den Tarif <<Produktname>> war zuvor noch nie von einer Beitragserhöhung betroffen.>>

Der Beitrag ist nach § 4 Nr. 5 VersStG steuerfrei.

<<Zurzeit sind Sie von der Beitragszahlung für Ihren Versicherungsvertrag aufgrund von <<Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit>> befreit. Nach Beendigung der Beitragsbefreiung gilt der neue Monatsbeitrag für Ihren Vertrag.>>

<<Den zu zahlenden Beitrag ziehen wir weiterhin zur Mandats-Nr. <<XXXXXXXXXXXX23>> (= Ihre Policennummer) und zur Gläubiger-ID **DE09ZZZ00000032690** von dem Konto IBAN: <<**DE52XXXXXXXXXXXXXXXX69**>> ab dem **01.01.2021** jeweils <<monatlich>> ein.

Sollte der Kontoinhaber nicht gleichzeitig der Versicherungsnehmer sein, werden nur Sie als Versicherungsnehmer mit diesem Schreiben über den bevorstehenden Beitragseinzug informiert. In diesem Fall obliegt es Ihnen, den Kontoinhaber darüber zu informieren.>>

Überweiser

Den zu zahlenden Beitrag zahlen Sie bitte jeweils im Voraus an die **DFV Deutsche Familienversicherung AG, Frankfurt am Main** auf das Konto der Frankfurter Sparkasse IBAN: **DE52 5005 0201 0200 6060 69** (BIC: HELADEF1822) unter Angabe des Verwendungszwecks **Ihrer Mandats-Nr. <<XXXXXXXXXXXX23>>** (= Ihre Policennummer).

Der zu zahlende Beitrag ist ab dem 01.01.2021 jeweils <<monatlich>> im Voraus fällig.

Sonderkündigungsrecht

Aufgrund der Beitragsanpassung haben Sie das Recht, Ihren Vertrag binnen einer Frist von zwei Monaten nach Zugang dieses Schreibens mit Wirkung zum **01.01.2021** in Textform zu kündigen.

Ihr vertraglich vereinbartes Kündigungsrecht, gemäß den Versicherungsbedingungen, bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Bei Rückfragen steht Ihnen unser Servicecenter gerne über das DFV-Kundenportal, per E-Mail unter service@deutsche-familienversicherung.de oder telefonisch unter 069 95 86 93 99 zur Verfügung (Mo. bis Fr. von 8:30 Uhr bis 19:00 Uhr).

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Familienversicherung



Dr. Stefan M. Knoll
Vorsitzender des Vorstandes



Stephan Schinnenburg
Mitglied des Vorstandes