

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 Unternehmen: **vigo** Krankenversicherung VVaG

Produkt: vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP)

Dieses Blatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Informationen sind daher nicht abschließend.

Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in den Vertragsunterlagen (Antrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe (inklusive der professionellen Zahnreinigung „PZR“).
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kunststoff- und Kompositfüllungen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays).
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Aufbissbehelfe und Schienen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Parodontose- und Wurzelbehandlungen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für bis zu insgesamt 2.000 € während der Vertragslaufzeit für Kieferorthopädiemaßnahmen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen.

Details zum Leistungsumfang finden Sie in den AVB (§ 2).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die vor Vertragsbeginn stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).
- ✗ Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen,
- ✗ zahnaufhellende oder sonstige kosmetische Maßnahmen und
- ✗ auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den AVB (§ 3).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Der Leistungsumfang ergibt sich aus der Leistungsbeschreibung gemäß AVB. Beispiele für Einschränkungen:

- ! In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Erstattungsgrenzen („Leistungsstafel“).
- ! Es erfolgt eine Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen unter Anrechnung von Vorleistungen Dritter (z.B. GKV oder andere Zusatzversicherung).
- ! In Fällen, in denen zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien das medizinisch notwendige Maß übersteigen, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Weitere Einschränkungen können sich z.B. ergeben bei Aufenthalt im Ausland, Beitragsrückständen oder bei Verletzung von Obliegenheiten.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich sind.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Heilung entgegensteht.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 6) aufgeführten Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten).

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann zur Folge haben, dass wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein können.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe des Beitrages ergibt sich aus dem Alter und ist der Beitragsübersicht zu entnehmen
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.

Details zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB (§ 4).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.
- Die Versicherung endet u. a. bei Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV, Kündigung, Tod der versicherten Person oder Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag – nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
- Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.
- Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Wesentliche Informationen zur privaten Ergänzungsversicherung nach Tarif vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP):

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Kundeninformationsblatt
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
- Datenschutzhinweise

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der vigo Krankenversicherung VVaG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoVO).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Identität des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Sitz: Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160
Telefon: 0211 – 355900 – 0
Fax: 0211 – 355900 – 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Mitglieder des Vorstands sind:
Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Vorsitzender des Aufsichtsrates ist Werner Greilich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

Angaben zum Garantiefonds

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung sowie die Pflegezusatzversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Zustandekommen des Vertrages

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so genannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Versicherungsantrag, nachdem Sie die Versicherungsbedingungen erhalten haben. Der Versicherungsschein wird Ihnen in Textform übersandt.

Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die „Wesentlichen Informationen“ vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und von Ihrem Widerrufsrecht (nachfolgend erläutert) keinen Gebrauch gemacht haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform

zugelassen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

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

Brief: **vigo** Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Fax: 0211 – 35 59 00 - 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Folgen des Widerrufs:

Üben Sie das Widerrufsrecht rechtswirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie am Sitz der **vigo** Krankenversicherung VVaG in Düsseldorf klagen. Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

Sprache

Die gesamte Kommunikation – auch während der Vertragslaufzeit – zwischen der **vigo** Krankenversicherung VVaG und Ihnen erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind stets bemüht, das Vertragsverhältnis zu Ihrer Zufriedenheit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen, so steht Ihnen das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern.

Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt davon unberührt.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

An diese Aufsichtsbehörde können Sie Beschwerden richten, sofern eine vorige Klärung mit uns erfolglos verlief.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Ergänzungsversicherung Tarif vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP)

Leistungen

§ 1. Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

§ 2. Leistungsumfang

§ 3. Leistungseinschränkungen und Wartezeit

Vertragliche Pflichten

§ 4. Beitragszahlung

§ 5. Beitragshöhe

§ 6. Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

Allgemeine Regelungen

§ 7. a) Beginn und Ende der Versicherung

b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

§ 8. Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9. Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

§ 10. Verjährung

Leistungen

§ 1 Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen an bei Vertragsschluss vorhandenen oder dauerhaft ersetzten Zähnen der versicherten Person.

Herausnehmbare Teil- oder Vollprothesen sowie Brücken, Kronen und Implantate der versicherten Person gelten als dauerhaft ersetzte Zähne im Sinne dieser Bestimmungen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- zahnprophylaktische Leistungen (einschließlich der professionellen Zahnreinigung / „PZR“) und
- kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Behandlung medizinisch notwendig macht. Biss- oder Kauvorgänge, die zu Zahnschäden führen (z.B. beim Essen) definieren wir nicht als Unfall.

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann den Tarif abschließen?

Versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Es sind die im Versicherungsschein aufgeführten Personen versichert.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet die Versicherung.

§ 2 Leistungsumfang

(1) Tarifliche Leistungen und Innovationsgarantie

Der Tarif bietet den versicherten Personen einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der Grundabsicherung (GKV oder Heilfürsorge) sinnvoll ergänzt.

Leistungen, welche Ihre Grundabsicherung oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt (Vorleistungen), sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Nicht ausgeglichen wird ein etwaig für die versicherte Person vereinbarter Selbstbehalt wie z.B. aufgrund eines gewählten GKV-Wahltarifs mit Selbstbehalt oder zu tragende Eigenanteile im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme.

Wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat, leisten wir im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

Die mit den jeweils versicherten Leistungen verbundenen zahntechnischen Arbeiten (Material- und Laborkosten) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Wir garantieren Ihnen, dass sämtliche heute noch unbekanntes zahnmedizinischen Prophylaxe-, Zahnbehandlungs-, kieferorthopädischen, schmerz- sowie angstlindernden Maßnahmen nach den nachfolgenden Ziffern auch zukünftig versichert sind.

(2) Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“)

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen („PZR“ – ohne Bleaching) oder Prothesenreinigung und
- für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Fissurenversiegelung und Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung).

(3) Zahnerhaltende Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (einschließlich Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik),
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen und DROS-Schienen), die nicht in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen und
- Parodontose- und Wurzelbehandlungen.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstafel (siehe Absatz 6).

(4) Kieferorthopädie

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu insgesamt 2.000 € während der Vertragslaufzeit für Kieferorthopädiemaßnahmen.

Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für kieferorthopädische Leistungen (z. B. Kunststoffschienen nach dem Alignerverfahren, Retainer, herausnehmbare oder festsitzende Zahnspangen, Außenspangen).

Wir erstatten auch die Kosten für darüber hinausgehende Mehrleistungen, wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnsplangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie (KIG 1-5) ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt, der eine kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig macht.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(5) Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z.B. Akupunktur, Lachgas und Hypnose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.

Die schmerz- und angstlindernden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxis stattfinden.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(6) Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ist die Versicherungsleistung für die zahnerhaltenden, kieferorthopädischen sowie schmerz- und angstlindernden Maßnahmen beschränkt („Leistungsstaffel“):

- im ersten Versicherungsjahr auf höchstens 250 Euro;
- im zweiten Versicherungsjahr auf höchstens 500 Euro;
- im dritten Versicherungsjahr auf höchstens 750 Euro.

Ab dem vierten Versicherungsjahr entfällt die Leistungsstaffel.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfällt hierfür die Leistungsstaffel.

Für Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“) gilt keine Leistungsstaffel.

(7) Zugelassene Behandler

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Erstattungsfähig sind zudem Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die GKV beziehungsweise die Heilfürsorge die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt.

§ 3 Leistungseinschränkungen und Wartezeit

(1) In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- b) Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung),
- c) Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate),
- d) zahnaufhellende oder sonstige kosmetische Maßnahmen,
- e) auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen und

- f) Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Die Erstattung ist – unter Berücksichtigung von Leistungen mehrerer Kostenträger – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.

(3) Weitere Einschränkungen können sich ergeben, wenn Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“, siehe § 6) vorsätzlich verletzt werden.

(4) Wartezeiten

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

Vertragliche Pflichten

§ 4 Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie der Beitragsübersicht (Neuzugangsbeitrag) bzw. Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Maßgeblich für die Bestimmung des Beitrages ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (Eintrittsalter).

Für Personen, die das 20. Lebensjahr während der Laufzeit des Vertrages vollenden, ist jeweils ab Beginn dieses Kalenderjahres der diesem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag (gemäß der jeweils aktuell gültigen Beitragsübersicht) zu zahlen.

b) Wann ist der Beitrag zu zahlen?

Der Beitrag ist monatlich zu zahlen und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ergibt sich aus dem jeweils aktuell gültigen Versicherungsschein.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Alle weiteren Beiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, gilt die Beitragszahlung noch als rechtzeitig.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

Wenn der Erst- oder Folgebeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig gezahlt wird, sind wir leistungsfrei und können gemäß § 37 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vom Vertrag zurücktreten bzw. gemäß § 38 VVG kündigen.

§ 5 Beitragshöhe

Die jeweils gültigen Beiträge sind der Beitragsübersicht bzw. dem Versicherungsschein (separates Dokument) zu entnehmen.

§ 6 Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

(2) Auf unser Verlangen haben die versicherten Personen die Zahnärzte und sonstigen Heilbehandler von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Arzt oder Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherten Personen haben möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

(4) Wie wird die Kostentragung für Auskunftseinholungen gehandhabt?

Wurden Gutachten, Stellungnahmen oder sonstige Unterlagen auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen bzw. dem Rechnungssteller die entstandenen Kosten.

(5) Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

(6) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wird eine Obliegenheit verletzt, sind wir je nach Verschulden gemäß § 28 VVG nicht oder nur teilweise leistungspflichtig.

Allgemeine Regelungen

§ 7 a) Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines).

Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

(2) Dauer und Abschluss des Vertrages

Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart wurde. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn, also nach dem 01.01., beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer und der Erteilung des vollständig und korrekt ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandates zustande.

(3) Ende der Versicherung

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Der Vertrag endet

- mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben,
- mit Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer. Diese kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres und muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können die Tarife auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person nachweislich über Ihre Kündigung informiert ist,
- bei Nichtzahlung des Beitrages (siehe § 4 Abs. 2) und
- bei Beendigung der Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise der Heilfürsorge oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz.

§ 7 b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

(1) Welche Unterlagen benötigen wir zur Leistungserbringung?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers, die einzelnen Leistungen, einschließlich der Diagnosen, den Behandlungszeitraum sowie den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen.

Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen für die Bearbeitung länger als vier Wochen brauchen, erhalten Sie auf Antrag eine Abschlagszahlung. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes

Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

§ 8 Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Düsseldorf als Sitz der vigo Krankenversicherung VVaG

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

§ 9 Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

(1) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dieser Vergleich wird für jede Beobachtungseinheit des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren entsprechend § 15 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) durchgeführt. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 7 %, können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10 % müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Eine Beitragsänderung können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

Die Änderung und die Gründe dafür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Das gilt auch bei erfolgten Altersgruppen-Umstufungen gemäß § 4 (1) a).

(2) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Im Falle von dauerhaften Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens (z.B. durch Gesetzesänderungen) können wir die Versicherungsbedingungen an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir

Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

Unter diesen Voraussetzungen sind wir zudem berechtigt, tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze, auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen.

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können Regelungen in den Versicherungsbedingungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben wirksam.

§ 10 Verjährung

Sämtliche Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nach 3 Jahren.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Gaurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die **vigo** Krankenversicherung VVaG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

vigo Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf
Telefon: 0211 355900-0
Fax: 0211 355900-20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@vigo-krankenversicherung.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei unserem Unternehmen, der **vigo** Krankenversicherung VVaG, bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenzusatzversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der **vigo** Krankenversicherung VVaG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übernimmt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen:

Sofern zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenkasse und der **vigo** Krankenversicherung VVaG eine Kooperation besteht, verarbeitet die Krankenkasse die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an Ihre mit uns kooperierende Krankenkasse, soweit dies zur Vertragserfüllung notwendig ist.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister, die diese hier genannten Datenschutzhinweise ebenfalls berücksichtigen (siehe Übersicht der Dienstleistungskategorien).

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter

anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 10 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Übersicht der Dienstleisterkategorien

Zu nachfolgenden Aufgaben können personenbezogene Daten (z.B. Name und Adresse) an Dritte weitergeleitet werden:

Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Adressermittlung	Adressverifikation
Assisteure	Assistance-Leistungen
Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Gutachter	Risiko- und Anspruchsprüfung
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie
Marktforschung	Marktforschung
Rechtsanwaltskanzleien	Vertragsangelegenheiten, Prozessführung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
Wirtschaftsprüfer	Wirtschaftsprüfung/Revision

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 Unternehmen: vigo Krankenversicherung VVaG

Produkt: vigo 4YOU Zahnersatz x2

Dieses Blatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in den Vertragsunterlagen (Antrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Zahnzusatzversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen.
- ✓ Wir verdoppeln den Leistungsbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 55 Abs. 1 SGB V („Festzuschuss“) für Zahnersatzmaßnahmen bzw. implantatgetragenen Zahnersatz. Zahnersatzmaßnahmen sind Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz.
- ✓ Wir belohnen Vertragstreue. Der Erstattungsanspruch erhöht sich im Vertragsverlauf um maximal zusätzlich 20 % des Leistungsbetrages.
- ✓ Wir leisten auch für bei Vertragsabschluss fehlende und nicht dauerhaft ersetzte Zähne.
- ✓ Ein Leistungsanspruch besteht, wenn sowohl das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplanes als auch das Eingliederungsdatum während der Versicherungszeit und nach Ablauf der Wartezeit (6 Monate) erfolgen.
- ✓ Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Leistungserstatter 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

Details zum Leistungsumfang finden Sie in den AVB (§ 2).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, für die vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder vor Ablauf der Wartezeit (6 Monate) bereits ein Heil- und Kostenplan erstellt wurde,
- ✗ funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- ✗ Zahnerhalteleistungen, Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen und kieferorthopädische Leistungen,
- ✗ auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle sowie
- ✗ Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

Details zu Leistungseinschränkungen finden Sie in den AVB (§ 3).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Der Leistungsumfang ergibt sich aus der Leistungsbeschreibung gemäß AVB. Beispiele für Einschränkungen:

- ! Innerhalb der ersten drei Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt:
 - im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
 - im zweiten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;
 - im dritten Versicherungsjahr höchstens 750 Euro;
- ! Für Aufwendungen, die während der Wartezeit (6 Monate) anfallen, wird nicht geleistet.
- ! Es erfolgt eine Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen unter Anrechnung von Vorleistungen anderer Kostenträger.
- ! Weitere Einschränkungen können sich z.B. ergeben bei Aufenthalt im Ausland, Beitragsrückständen oder bei Verletzung von Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich sind.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Heilung entgegensteht.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 6) aufgeführten Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“).

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann zur Folge haben, dass wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein können.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe des Beitrages ergibt sich nach dem Alter und ist der Beitragsübersicht zu entnehmen
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.

Details zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB (§ 4).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Zudem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.
- Die Versicherung endet u. a. bei Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV, Kündigung, Tod der versicherten Person oder Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag – nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
- Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.
- Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Wesentliche Informationen zur privaten Ergänzungsversicherung nach Tarif vigo 4YOU Zahnersatz x2:

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Kundeninformationsblatt
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
- Datenschutzhinweise

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der vigo Krankenversicherung VVaG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoVO).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Identität des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG
Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Sitz: Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160
Telefon: 0211 – 355900 – 0
Fax: 0211 – 355900 – 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Mitglieder des Vorstands sind:
Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Vorsitzender des Aufsichtsrates ist Werner Greilich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

Angaben zum Garantiefonds

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung sowie die Pflegezusatzversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Zustandekommen des Vertrages

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so genannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Versicherungsantrag, nachdem Sie die Versicherungsbedingungen erhalten haben. Der Versicherungsschein wird Ihnen in Textform übersandt.

Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die „Wesentlichen Informationen“ vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und von Ihrem Widerrufsrecht (nachfolgend erläutert) keinen Gebrauch gemacht haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt am dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform

zugegangen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

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

Brief: vigo Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Fax: 0211 – 35 59 00 - 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Folgen des Widerrufs:

Üben Sie das Widerrufsrecht rechtswirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie am Sitz der vigo Krankenversicherung VVaG in Düsseldorf klagen.

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

Sprache

Die gesamte Kommunikation – auch während der Vertragslaufzeit – zwischen der vigo Krankenversicherung VVaG und Ihnen erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind stets bemüht, das Vertragsverhältnis zu Ihrer Zufriedenheit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen, so steht Ihnen das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern.

Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt davon unberührt.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

An diese Aufsichtsbehörde können Sie Beschwerden richten, sofern eine vorige Klärung mit uns erfolglos verlief.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Ergänzungsversicherung Tarif vigo 4YOU Zahnersatz x2

Leistungen

§ 1. Leistungsvoraussetzungen, erstattungsfähige Kosten, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

§ 2. Leistungsumfang

§ 3. Leistungseinschränkungen und Wartezeit

Vertragliche Pflichten

§ 4. Beitragszahlung

§ 5. Beitragshöhe

§ 6. Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

Allgemeine Regelungen

§ 7. a) Beginn und Ende der Versicherung

b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

§ 8. Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9. Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

§ 10. Verjährung

Leistungen

§ 1: Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Wir erbringen Leistungen nach diesem Tarif, wenn bei einer versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt wurden. Dies gilt, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungsanspruch besteht (Versicherungsfall). Sowohl das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplanes als auch das Eingliederungsdatum müssen während der Versicherungszeit erfolgen. Es besteht dann auch für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne Versicherungsschutz.

(2) Erstattungsfähige Kosten

Als erstattungsfähiger Zahnersatz gelten Kronen, Brücken und Prothesen sowie deren Reparatur bzw. implantatgetragener Zahnersatz.

(3) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann den Tarif abschließen?

Versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Es sind die im Versicherungsschein aufgeführten Personen versichert.

(4) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz.

Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

§ 2: Leistungsumfang

Versicherungsschutz bei Zahnersatzmaßnahmen

Wir verdoppeln den Leistungsbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 55 Abs. 1 SGB V („Festzuschuss“).

Innerhalb der ersten drei Jahre ist die Versicherungsleistung beschränkt („Zahnstaffel“):

- im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 Euro;
- im zweiten Versicherungsjahr höchstens 500 Euro;
- im dritten Versicherungsjahr höchstens 750 Euro.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfällt hierfür die Zahnstaffel. Werden in einem solchen Fall Teilleistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

Ab dem vierten Versicherungsjahr entfällt die Zahnstaffel.

Der Erstattungsanspruch erhöht sich im Vertragsverlauf um maximal zusätzlich 20 % des Leistungsbetrages:

- ab dem 7. Versicherungsjahr um 5 % des Leistungsbetrages;
- ab dem 10. Versicherungsjahr um 10 % des Leistungsbetrages;
- ab dem 13. Versicherungsjahr um 20 % des Leistungsbetrages.

Maximal erhalten Sie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Leistungserstatter 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

§ 3: Leistungseinschränkungen und Wartezeit

(1) In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

Keine Leistungspflicht besteht für

- Zahnersatzmaßnahmen, für die vor Abschluss des Versicherungsvertrages bereits ein Heil- und Kostenplan erstellt wurde,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Zahnerhaltleistungen, Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen und kieferorthopädische Leistungen,
- auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen und
- Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Es können keine Leistungen erbracht werden, wenn aus den eingereichten Belegen die Erstattungshöhe der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ersichtlich ist oder diese sich nicht an der Erstattung der Kosten beteiligt.

(3) Weitere Einschränkungen können sich ergeben, wenn Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“, siehe § 6) vorsätzlich verletzt werden.

(4) Wartezeiten

Die Wartezeit beträgt sechs Monate ab Versicherungsbeginn. Sie entfällt bei Unfall.

Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie der Beitragsübersicht (Neuzugangsbeitrag) bzw. Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Maßgeblich für die Bestimmung des Beitrages ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (Eintrittsalter).

Für Personen, die das 20., 40. bzw. 65. Lebensjahr vollenden, ist jeweils ab Beginn dieses Kalenderjahres der dem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag (gemäß der jeweils aktuell gültigen Beitragsübersicht) zu zahlen.

b) Wann ist der Beitrag zu zahlen?

Der Beitrag ist monatlich zu zahlen und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ergibt sich aus dem jeweils aktuell gültigen Versicherungsschein.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Alle weiteren Beiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, gilt die Beitragszahlung noch als rechtzeitig.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

Wenn der Erst- oder Folgebeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig gezahlt wird, sind wir leistungsfrei und können gemäß § 37 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vom Vertrag zurücktreten bzw. gemäß § 38 VVG kündigen.

§ 5: Beitragshöhe

Die jeweils gültigen Beiträge sind der Beitragsübersicht bzw. dem Versicherungsschein (separates Dokument) zu entnehmen.

§ 6: Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und dem Umfang unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

(2) Auf unser Verlangen haben die versicherten Personen die Zahnärzte und sonstigen Heilbehandler von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

(4) Wie wird die Kostentragung für Auskunftseinholungen gehandhabt?

Wurden Gutachten, Stellungnahmen oder sonstige Unterlagen auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen bzw. dem Rechnungssteller die entstandenen Kosten.

(5) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wird eine Obliegenheit verletzt, sind wir je nach Verschulden gemäß § 28 VVG nicht oder nur teilweise leistungspflichtig.

Allgemeine Regelungen

§ 7 a) Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten (vgl. § 3 Abs. 4).

Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

(2) Dauer und Abschluss des Vertrages

Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart wurde. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn, also nach dem 01.01., beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer und der Erteilung des vollständig und korrekt ausgefülltem SEPA-Lastschriftmandates zustande.

(3) Ende der Versicherung

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Der Vertrag endet

- mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben,
- mit Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer. Diese kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres und muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail)

erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können die Tarife auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person nachweislich über Ihre Kündigung informiert ist,

- bei Nichtzahlung des Beitrages (siehe § 4 Abs. 2) und
- bei Beendigung der Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz.

§ 7 b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

(1) Welche Unterlagen benötigen wir zur Leistungserbringung? Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die GKV oder andere Versicherungen), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers, die Behandlungsdaten und einzelnen Leistungen sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen.

Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

Eine Abtretung oder Verpfändung Ihrer Leistungsansprüche ist nur mit unserer Zustimmung wirksam. Die Zustimmungserfordernis gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(2) Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes

Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Düsseldorf als Sitz der vigo Krankenversicherung VVaG

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

§ 9: Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

(1) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dieser Vergleich wird für jede Beobachtungseinheit des Tarifs gemäß dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren entsprechend § 15 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) durchgeführt. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 7 %, können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10 % müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Eine Beitragsänderung

können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

Die Änderung und die Gründe dafür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Das gilt auch bei erfolgten Altersgruppen-Umstufungen.

(2) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Im Falle von dauerhaften Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens (z.B. durch Gesetzesänderungen) können wir die Versicherungsbedingungen an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können Regelungen in den Versicherungsbedingungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben wirksam.

§ 10: Verjährung

Sämtliche Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die *vigo* Krankenversicherung VVaG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

vigo Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf
Telefon: 0211 355900-0
Fax: 0211 355900-20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter:

datenschutz@vigo-krankenversicherung.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei unserem Unternehmen, der *vigo* Krankenversicherung VVaG, bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenzusatzversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der *vigo* Krankenversicherung VVaG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen:

Sofern zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenkasse und der *vigo* Krankenversicherung VVaG eine Kooperation besteht, verarbeitet die Krankenkasse die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an Ihre mit uns kooperierende Krankenkasse, soweit dies zur Vertragserfüllung notwendig ist.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister, die diese hier genannten Datenschutzhinweise ebenfalls berücksichtigen (siehe Übersicht der Dienstleistungskategorien).

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenord-

nung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 10 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Übersicht der Dienstleisterkategorien

Zu nachfolgenden Aufgaben können personenbezogene Daten (z.B. Name und Adresse) an Dritte weitergeleitet werden:

Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Adressermittlung	Adressverifikation
Assisteure	Assistance-Leistungen
Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Gutachter	Risiko- und Anspruchsprüfung
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie
Marktforschung	Marktforschung
Rechtsanwaltskanzleien	Vertragsangelegenheiten, Prozessführung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
Wirtschaftsprüfer	Wirtschaftsprüfung/Revision

Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Wesentlichen Informationen wurden mir zusammen mit den übrigen Versicherungsunterlagen vor Antragstellung bereitgestellt.

Bei dem Tarif *vigo* 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP) handelt es sich um eine private Zahnzusatzversicherung.

Ich habe Folgendes zur Kenntnis genommen:

Für Ihren Zahnvorsorgetarif gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ist die Versicherungsleistung für die Zahnerhaltenen, kieferorthopädischen sowie schmerz- und angstlindernden Maßnahmen beschränkt („Leistungsstaffel“):

- im ersten Versicherungsjahr auf höchstens 250 Euro;
- im zweiten Versicherungsjahr auf höchstens 500 Euro;
- im dritten Versicherungsjahr auf höchstens 750 Euro.

Ab dem vierten Versicherungsjahr entfällt die Leistungsstaffel. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfällt hierfür die Leistungsstaffel.

Für Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“) gilt keine Leistungsstaffel.

Ich bestätige die Korrektheit der Angaben im Antrag. Ich gehöre zum versicherbaren Personenkreis dieses Tarifes: Ich bin bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder habe Anspruch auf freie Heilfürsorge.

Schweigepflichtentbindungserklärung/Datenschutzerklärung

Soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, erhebt der Versicherer personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden. **Hierzu erteile ich als betroffene Person meine Einwilligung** – auch schon vor Abgabe der Vertragserklärung. Vor jeder Datenerhebung werde ich unterrichtet und kann der Erhebung widersprechen.

Ich willige in Folgendes ein: Meine gesetzliche Krankenversicherung darf der *vigo* Krankenversicherung regelmäßig Auskunft über das Bestehen bzw. das Ende meiner Krankenversicherung sowie zu erfolgten Leistungen sowie zu sonstigen Zahlungen geben.

Als betroffene Person kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils von mir in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Im Übrigen wird die Einhaltung der Datenschutzvorschriften von unserem Datenschutzbeauftragten in Ihrem Interesse laufend überwacht. Für Auskünfte oder Erläuterungen kann ich mich auch direkt an ihn wenden: **Datenschutzbeauftragter – vigo Krankenversicherung VVaG – 40024 Düsseldorf**

E-Mail: datenschutz@vigo-krankenversicherung.de

Aufsichtsführende Stelle

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Abs. 2 – 3: Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

vigo Krankenversicherung VVaG

Werdener Str. 4 · 40227 Düsseldorf

Telefon: 0211 355900-0 · Fax: 0211 355900-20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

www.vigo-krankenversicherung.de

Das Unternehmen wird vertreten durch den Vorstand:

Stefan Schumacher (Vorsitzender) · Micha Hildebrandt

Datenschutzhinweise

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise finden Sie auf vigo-krankenversicherung.de

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, 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
- das Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der *vigo* Krankenversicherung VVaG, jeweils in Textform zugegangen sind, jedoch nicht, bevor wir die zu erfüllenden weiteren Pflichten bei diesem Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr sowie die Kundeninformation zu diesem Abschlussweg mitgeteilt haben. Diese lauten:

1. Technische Schritte des Onlineabschlusses, Möglichkeiten zur Änderung von Eingaben und Speicherung des Vertragstextes. Wir führen Sie durch den Onlineabschluss. Erst durch Klick auf den Onlineabschluss-Button kommt es zum Vertragsschluss. Eine Änderung Ihrer Eingaben ist danach nicht mehr möglich. Daher sollten Sie vorher Ihre Eingaben immer prüfen und – falls erforderlich – in den entsprechenden Feldern korrigieren. Bei einigen Datenfeldern nutzen wir automatische Prüfungen auf Plausibilität und weisen Sie bei unplausiblen Angaben darauf hin.

Sie können Ihre Vertragsdaten bei Bedarf vor Anklicken des Onlineabschluss-Buttons ausdrucken.

Mit Klick auf den Onlineabschluss-Button erfolgt der Download Ihres Versicherungsscheins als PDF-Dokument automatisch und/oder wird Ihnen per E-Mail zur Verfügung gestellt. Bitte nehmen Sie diesen zu Ihren Unterlagen. Der Vertragstext wird nach dem Vertragsschluss von uns gespeichert und kann Ihnen auf Anfrage nochmals übermittelt werden.

2. Zur Verfügung stehende Sprache

Es steht ausschließlich die deutsche Sprache zur Verfügung. Bitte geben Sie Ihre Kundendaten im Rahmen des Onlineabschlusses daher in deutscher Sprache ein.

3. Verhaltensregeln für den Versicherer

Wir halten uns an alle für uns relevanten Gesetzesvorgaben. „Verhaltenskodizes“ sind wir nicht beigetreten.

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

vigo Krankenversicherung VVaG

Vertreten durch den Vorstand:

Stefan Schumacher (Vorsitzender), Micha Hildebrandt

Adresse: Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf

Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf

Telefax: 0211 355900-20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

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 einen Betrag in Höhe von 0,00 €. 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.

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.

Ihre *vigo* Krankenversicherung VVaG

Einwilligungserklärung für (weitere) zu versichernde Person(en)

Ich bestätige, dass die (weitere/n) zu versichernde/n Person(en) über die Inhalte dieses Tarifes informiert wurden und in den Abschluss, der Datenverarbeitung und in die weiteren auf dieser Seite dargelegten Punkte eingewilligt haben und ich stellvertretend für diese die Einwilligung der *vigo* Krankenversicherung VVaG gegenüber erteile.

Regelungen zur Auszahlung der Versicherungsleistungen

Als Versicherungsnehmer erkläre ich, dass alle gegenwärtig und künftig in diesem Vertrag versicherten Personen nach § 194 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz unwiderruflich berechtigt sind und sein werden, die Versicherungsleistungen zu verlangen und diese auch eigenständig an die entsprechenden Leistungserbringer abtreten zu dürfen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Verpfändung der Versicherungsleistungen sowohl durch mich als auch durch die versicherten Personen ausgeschlossen ist.

Bankverbindungen:

Commerzbank DE32 3004 0000 0188 2265 00

GLS Bank DE98 4306 0967 4116 6808 00

Vorstand:

Stefan Schumacher (Vorsitzender)

Micha Hildebrandt

Aufsichtsrat:

Werner Greilich (Vorsitzender)

Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf

HRB 21 160