

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 Unternehmen: vigo Krankenversicherung VVaG

Produkt: vigo select Ein-/Zweibettzimmer

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 stationäre Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Tarif steht grundsätzlich allen Personen offen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg sind.



Was ist versichert?

- ✓ Es besteht Versicherungsschutz bei stationärem Krankenhausaufenthalt

Wir ersetzen nach Vorleistung der GKV und anderer Leistungserbringer folgende Aufwendungen:

- ✓ **Tarif vigo select Einbettzimmer:** Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- ✓ **Tarif vigo select Zweibettzimmer:** Zuschlag für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer
- ✓ Wird keine Wahlleistung für eine gesondert berechenbare Unterkunft und keine Leistung für eine Begleitperson in Anspruch genommen, zahlen wir ein Tagegeld von
 - 45 Euro für Tarif vigo select Einbettzimmer und von
 - 27,50 Euro für Tarif vigo select Zweibettzimmer bzw.
 - 17,50 Euro für Tarif vigo select Einbettzimmer, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers nur ein Zweibettzimmer gewählt wird.

Darüber hinaus werden in beiden Tarifen

- ✓ die gesetzlichen Krankenhauszuzahlungen,
- ✓ die gesetzlichen Zuzahlungen für medizinisch notwendige Fahrten mit dem Kranken- und Rettungswagen (einschließlich der Zuzahlungen zu Rettungsflügen) sowie
- ✓ die tatsächlich entstandenen zusätzlichen Kosten für die Mitaufnahme einer Begleitperson im Ein- bzw. Zweibettzimmer bei minderjährigen versicherten Personen erstattet.

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.
- ✗ Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- ✗ Allgemeine Krankenhausleistungen.
- ✗ Alle sonstigen Behandlungsleistungen (z.B. durch Ärzte).
- ✗ Krankenhausaufenthalte, die auf Vorsatz beruhen oder medizinisch nicht notwendig sind.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

- ! Für Aufwendungen, die während der Wartezeit anfallen, wird nicht geleistet.
- ! Es erfolgt eine Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen unter Anrechnung von Vorleistungen Dritter (z.B. Beihilfe, freie Heilfürsorge oder andere Kostenträger).
- ! Weitere Einschränkungen können sich z.B. ergeben bei Aufenthalten im Ausland, Beitragsrückständen oder bei Verletzung von Obliegenheiten.

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



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 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. 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 stationären Ergänzungsversicherung nach Tarif vigo select Ein-/Zweibettzimmer:

- 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 stationäre private Ergänzungsversicherung Tarife **vigo select Einbettzimmer** sowie **vigo select Zweibettzimmer**

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?

Voraussetzung ist die Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Als Versicherungsfall gelten auch

- stationäre Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung im Krankenhaus
- Fehl- und Frühgeburt,
- stationäre nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche und
- durch Krankheit erforderliche stationäre Sterilisation im Krankenhaus.

(2) 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.

(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

Versicherungsschutz bei stationärem Krankenhausaufenthalt und für weitere damit in Zusammenhang stehende Aufwendungen

(1) Gesondert berechenbare Unterbringung

Erstattet werden

im Tarif **vigo select Einbettzimmer**:

- die tatsächlich entstandenen Kosten des Ein- oder Zweibettzimmers.

im Tarif **vigo select Zweibettzimmer**:

- die tatsächlich entstandenen Kosten des Zweibettzimmers.

Wählen Versicherte die gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, erstatten wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses.

(2) Ersatzkrankenhaustagegeld

Wird für einen stationären Aufenthalt keine Wahlleistung für eine gesondert berechenbare Unterkunft und keine Leistung für eine Begleitperson in Anspruch genommen, so wird eine Ausgleichszahlung gewährt; diese beträgt

im Tarif **vigo select Einbettzimmer**:

- 17,50 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers nur ein Zweibettzimmer gewählt wird;
- 45,00 EUR, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers weder ein Einbettzimmer noch ein Zweibettzimmer gewählt wird;

im Tarif **vigo select Zweibettzimmer**:

- 27,50 EUR, wenn das zustehende Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen wird.

Wir zahlen das Tagegeld für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes, auch für den Aufnahme- und Entlassungstag.

(3) Gesetzliche Krankenhauszuzahlungen

Gesetzliche Zuzahlungen der stationären Krankenhausbehandlung werden erstattet.

(4) Zuzahlungen für Fahrten mit dem Kranken- und Rettungswagen

Gesetzliche Zuzahlungen für Fahrten mit dem Kranken- und Rettungswagen (einschließlich der Zuzahlungen zu Rettungsflügen) werden erstattet, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit der vollstationären Krankenaufnahme oder Krankenhausentlassung im Inland aus medizinischen Gründen notwendig sind.

(5) Mitaufnahme einer Begleitperson

Für versicherte Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die tatsächlich entstandenen zusätzlichen Kosten für die Mitaufnahme einer Begleitperson im Ein- bzw. Zweibettzimmer – je nach bestehendem Tarif – erstattet.

§ 3: Leistungseinschränkungen und Wartezeit

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

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind,
 - o Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind, leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten angefallen sind.
- b) allgemeine Krankenhausleistungen,
- c) Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- d) alle sonstigen Behandlungsleistungen (z.B. durch Ärzte),
- e) solche Krankheiten und Unfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, einschließlich ihrer Folgen und
- f) Krankenhausaufenthalte, die auf Vorsatz beruhen oder medizinisch nicht notwendig sind.

(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

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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., 45., 60., 70. bzw 80. 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 Versicherungsfalls und dem Umfang unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

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

(3) Die versicherte 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) 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 Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn oder Ablauf der Wartezeiten eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn oder während der Wartezeiten angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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.

Bei durch den Versicherungsnehmer veranlassten Vertragsänderungen beginnt eine neue Mindestvertragslaufzeit gemäß § 7a (2).

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 einzelnen Leistungen, einschließlich der Diagnosen, den Behandlungszeitraum sowie den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen.

Für die ersatzweise Zahlung von Krankenhaustagegeld muss die Bescheinigung des Krankenhauses zudem das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthalten (Entlassungsanzeige).

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 notwendiger 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. Die Frist ist unterbrochen, solange unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beendet werden können.

Eine Abtretung oder Verpfändung Ihrer Leistungsansprüche (z.B. an das aufgesuchte Krankenhaus) ist nur mit unserer Zustimmung wirksam.

(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 Berech-

nungsgrundlagen 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) nach 3 Jahren.

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