

Das Unternehmen grün versichert GmbH entwickelt gemeinsam mit seinen Partnern nachhaltige Versicherungslösungen. Risikoträger und Vertragspartner der Kunden ist der Versicherer (hier: vigo Krankenversicherung VVaG).

Private Krankenzusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Produkt: VZ-Tarifreihe

- KlinikArzt (VZ-KP)
- Klinik1Bett (VZ-K1)
- Klinik2Bett (VZ-K2)
- Krankenhaustagegeld (VZ-KHT)
- ZahnErsatz (VZ-ZE)
- ZahnBehandlung (VZ-ZB)
- Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung (VZ-NAT)

Diese Informationen geben einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Sie dienen als Orientierungshilfe und sind nicht abschließend – der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), dem Antrag und dem Versicherungsschein.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestehen aus drei Teilen:

- Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) – Diese regeln alle allgemeinen Tatbestände.
- Teil II: Ergänzende Bedingungen - Diese erweitern in einigen Abschnitten die Regelungen des Teil I zu Ihren Gunsten.
- Teil III: Enthält die Einzelheiten des jeweiligen beschriebenen Tarifs.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankenzusatzversicherung für Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Versicherungsfähigkeit der Tarife

Der Tarif Naturheilkunde ist nur versicherungsfähig, wenn der Tarif KlinikArzt (VZ-KP) oder ZahnBehandlung (VZ-ZB) oder ZahnErsatz (VZ-ZE) versichert ist.

Die vigo Krankenversicherung garantiert, dass die Anlage in nachhaltige Kapitalanlagen mindestens in der Höhe des jährlichen Beitragsaufkommens dieser Produktlinie erfolgt.



Was ist versichert?

Je nach gewähltem Tarif:

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und/oder gesondert berechnete Unterkunft.
- ✓ Zahlung von Krankenhaustagegeld.
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz.
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen.
- ✓ Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker oder durch Ärzte für naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
- ✓ Erstattung von Kosten für Sehhilfen und Reiseimpfungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Bereits vor Versicherungsbeginn geplante oder angeratene Behandlungen sind von der Leistung ausgeschlossen.
- ✗ Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die bei Vertragsabschluss fehlen und noch nicht ersetzt sind, sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- ✗ Für bei Vertragsabschluss fehlende Zähne, auch wenn diese bereits durch Zahnersatz ersetzt wurden, besteht bei Implantatversorgung keine Leistungspflicht. Der auf dem Implantat (künstliche Zahnwurzel) sitzende Zahnersatz (Einzelkrone, Brücke) ist versichert, wenn es sich bei

Versicherungsbeginn nicht um eine Lücke gehandelt hat.

- ✗ Für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren besteht keine Leistungspflicht.
- ✗ Ebenfalls keine Leistungspflicht besteht für sämtliche Kosten, die nicht unmittelbar zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind (z.B. Schönheitsoperationen u.Ä.) sowie für nicht vom Versicherer verlangte ärztliche Atteste und Gutachten.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den AVB, insbesondere in § 5.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistungen ist teilweise – tarifabhängig – auf Maximalsummen begrenzt.

Einzelheiten dazu finden Sie insbesondere in Teil II und Teil III der AVB.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb Europas besteht ebenso Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen bei Vertragsabschluss alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß machen. Sofern Sie dagegen verstoßen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages ist die Prüfung Ihres Gesundheitszustandes. Die dazu gestellten Fragen bitten wir sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In Zweifelsfällen fragen Sie bitte bei uns nach. Diese Gesundheitsangaben gehören zu den Vertragsobliegenheiten.
- Beantworten Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß, so kann dies zur Folge haben, dass Sie keine Leistungen aus dem Vertrag erhalten (§ 10 der AVB in Verbindung mit § 28 VVG).
- Die Prämie ist Ihre Gegenleistung für den Versicherungsschutz, den wir sicherstellen. Damit Ihr Vertrag wirksam werden kann, ist es erforderlich, dass Sie die erste Prämie rechtzeitig zahlen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 37 VVG). Die Höhe der Erstprämie können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.
- Sollten Sie im Laufe der Vertragsdauer die Prämie nicht wie vereinbart zahlen, sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 38 VVG).
- Die Nichtzahlung der Prämien bedeutet für Sie den Verlust des Versicherungsschutzes.
- Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich sind.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 9) aufgeführten Obliegenheiten.
- Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann zur Folge haben, dass wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein können.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versiche-

zung unverzüglich zu unterrichten.

- Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe der Prämie richtet sich nach dem ausgewählten Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens ab Zahlung der Prämie. Die Höhe der Prämie für den gewählten Versicherungsschutz können Sie dem Angebot bzw. dem Versicherungsschein entnehmen.
- Für Kinder im Alter bis einschließlich 15 Jahre und Jugendlichen im Alter von 16 Jahren bis einschließlich 20 Jahren wird jeweils ein einheitlicher Beitrag erhoben. Bei Versicherungsbeginn im Tarif gilt als Alter die Differenz des Jahres des Versicherungsbeginns und des Geburtsdatums. Ein altersbedingter Wechsel der Versicherten-Gruppe erfolgt immer zum ersten Tag des Monats, in dem die versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet.
- Die Prämie wird jeweils zum 1. eines Monats fällig.

Weitere Einzelheiten dazu finden Sie in § 8 der AVB.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (AVB § 2).
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Vertrages.
- Der Vertrag kann insbesondere aus folgenden Gründen enden:
 - Kündigung durch den Versicherungsnehmer (AVB § 13), erstmals zum Ende des zweiten Versicherungsjahres möglich
 - außerordentliche Kündigung durch den Versicherer (AVB § 14 Abs. 2)
 - Wegfall der Versicherungsfähigkeit
 - Tod des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person
 - Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat (AVB § 15 Abs. 3)

Bestehen Wartezeiten irgendwelcher Art?

- Bei den Tarifen KlinikArzt (VZ-KP), Klinik1Bett (VZ-K1), Klinik2Bett (VZ-K2) und Krankenhaustagegeld (VZ-KHT) besteht für Leistungen bei Entbindungen und Psychotherapie eine Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn.
- Für die Leistungen des Tarifes ZahnErsatz (VZ-ZE) besteht eine Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn.
- Bei dem Tarif ZahnBehandlung (VZ-ZB) besteht für Parodontose- und Wurzelbehandlungen, Kunststofffüllungen, Inlays/Onlays, Zahnprophylaxe jeweils eine Wartezeit von drei Monaten, ab Versicherungsbeginn.
- Für kieferorthopädische Leistungen besteht eine Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn.
- Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen (nicht bei Vorsatz).

Für Leistungen des Tarifes Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung (VZ-NAT) besteht keine Wartezeit.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Ihren Versicherungsvertrag können Sie jederzeit zum Ende eines Versicherungsjahres (als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an), frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, kündigen.
- Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor diesem Termin in Textform bei uns eingehen. Textform heißt: per Brief, Fax oder E-Mail.
- Wir bestätigen Ihnen diese Kündigung umgehend. Sollte jemand ohne Ihr Wissen die Kündigung veranlasst haben (bei einer Kündigung per E-Mail ist dies für uns beispielsweise nicht erkennbar), sollten Sie sich umgehend mit uns in Verbindung setzen.