



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

Wesentliche Informationen zur Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ARN (AuslandsReise.Nachhaltigkeit):

Neben dem Informationsblatt zum Tarif ARN in der Variante für Singles sowie in der Variante für Familien finden Sie nachfolgend:

- das Kundeninformationsblatt,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in der in der Variante für Singles sowie in der Variante für Familien und die
- Datenschutzhinweise.

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

Auslandsreisekrankenversicherung




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

Produkt: AuslandsReise.Nachhaltigkeit (Tarif ARN.Single)


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 Auslandsreisekrankenversicherung für Reisen bis zu einer Dauer von jeweils maximal 56 Tagen.


 <p>Was ist versichert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aufwendungen bei Auslandsreisen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei im Ausland eintretenden Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen und damit unmittelbar im Zusammenhang stehende Dienstleistungen. ✓ Transport zum Behandler und zurück in die Unterkunft. ✓ Medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport. ✓ Unterbringung, Verpflegung und Behandlung bei einem Krankenhausaufenthalt. ✓ Rooming-in bei mitversicherten Kindern. ✓ Suche, Rettung, Bergung. ✓ Überführung oder Bestattung (im Todesfall). ✓ Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall. ✓ Assistance-Leistungen. ✓ Bonus bei emissionsarmen Reisen 	 <p>Was ist nicht versichert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Zum Beispiel Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder ✗ bei denen vor Reisebeginn feststand, dass diese während der Auslandsreise anfallen müssen.
	 <p>Gibt es Deckungsbeschränkungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Suche, Rettung und Bergung sind limitiert auf 10.000 €.

24h-Notrufzentrale: +49 211 355900-18
(z.B. zur Abklärung bei medizinischen Problemen, Organisation von Krankentransporten oder im Todesfall einer versicherten Person)



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht im Ausland.
- ✓ Als Ausland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.



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.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 6) aufgeführten 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 der zu versichernden Person(en):

Alter	Einzelperson
bis 54 Jahre	21,60 €
55-74 Jahre	46,80 €
ab 75 Jahre	69,60 €

- Der Erstbeitrag wird unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Folgeprämien sind jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres – nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer (siehe AVB § 7 Abs. 2) – fällig.
- Der Erstbeitrag kann höher ausfallen als der Jahresbeitrag, wenn der Vertrag unterjährig beginnt.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.
- Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf der 8. Woche eines Auslandsaufenthalts, spätestens jedoch mit Ablauf des Vertrages.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie – und auch wir – können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer) mit Frist von einem Monat in Textform kündigen.
- Die Vertragsdauer verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zugehen.

Wesentliche Informationen zur Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ARN (AuslandsReise.Nachhaltigkeit):

Neben dem Informationsblatt zum Tarif ARN finden Sie nachfolgend:

- Kundeninformationsblatt,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und
- 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 und dem Produktinformationsblatt.

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:
Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Vorsitzender des Aufsichtsrates: 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 Antrag auf Kranken-, Pflege- oder Zusatzversicherung, nachdem Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Produkt -und das Kundeninformationsblatt erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wird der Antrag angenommen, erhalten Sie den Versicherungsschein.

Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die im vorigen Absatz genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten haben und von Ihrem Widerrufsrecht 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 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.

Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

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 für die Auslandsreisekrankenversicherung (Tarif ARN.Single)

Teil A) Ihr Versicherungsschutz

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

§ 2: Leistungsumfang / Nachhaltigkeitsklausel

§ 3: Leistungseinschränkungen

Teil B) Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

§ 5: Beitragshöhe

§ 6: Obliegenheiten

Teil C) Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9: Änderungen der Versicherungsbedingungen

§ 10: Verjährung

Teil A) Ihr Versicherungsschutz

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall liegt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung vor. Die folgenden, im Ausland eintretenden Ereignisse gelten als Versicherungsfall:

- Erkrankung oder Unfallfolgen (inkl. Tauchunfälle und -erkrankungen),
- Schwangerschaftskomplikationen,
- Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten und medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod

einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann sich in diesem Tarif versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Zusätzlich können sich Personen versichern, die ihren ständigen Wohnsitz im angrenzenden Ausland haben und eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder hauptberuflich selbstständige Tätigkeit in Deutschland ausüben (Grenzgänger).

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Die im Versicherungsschein aufgeführten Personen sind versichert.

Für am Reiseort frühgeborene Kinder bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche besteht Versicherungsschutz.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

(4) Wie lange besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für alle Auslandsreisen der versicherten Personen bis zu einer Dauer von jeweils maximal 8 Wochen. Der Versicherungsschutz besteht bis zum Ablauf der Vertragslaufzeit. Dies gilt auch, wenn eine Heilbehandlung über diesen Zeitpunkt hinaus während des Aufenthaltes im Ausland noch andauert.

Wenn eine im Ausland begonnene Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir auch über eine Dauer von 8 Wochen hinaus. Der verlängerte Versicherungsschutz gilt dann, bis die Rückreise aus medizinischer Sicht wieder möglich ist.

Der verlängerte Versicherungsschutz gilt auch, falls eine durch die WHO (World Health Organisation) ausgerufene gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite (Artikel 12 der internationalen Gesundheitsvorschriften) ausgerufen wird (z.B. eine Pandemie) und dadurch die Rückreise aus dem Ausland nicht möglich ist.

Beispiele:

- Es wurde eine Infektionserkrankung diagnostiziert. Die Rückreise ist behördlich angeordnet noch nicht möglich.

- Im Reiseland stehen die zur Ausreise benötigten Transportmittel nicht zur Verfügung.

(5) Wann und an wen zahlen wir Versicherungsleistungen aus?

Wir zahlen Leistungen aus, nachdem wir die Prüfung abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig ist. Wir zahlen dann innerhalb von 7 Werktagen die Leistung aus. Bei durch von uns verschuldeter Verzögerung zahlen wir eine Verzugspauschale in Höhe von 25 €.

Wir überweisen die Leistungen kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto.

In ausländischen Währungen entstandene Kosten rechnen wir zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der jeweils aktuelle Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main. Dies gilt nicht, wenn Sie durch Bankbelege nachweisen, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 2: Leistungsumfang

Versicherungsschutz für Heilbehandlung

(1) Freie Auswahl von Ärzten und anderen Behandlern, Zahnärzten sowie Krankenhäusern

Wählen Sie frei unter folgenden im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chirotherapeuten,
- Osteopathen und
- Krankenhäusern.

Das Krankenhaus muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen.

(2) Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin anerkannt sind.

Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
- die nur statt Schulmedizin verfügbar sind.

(3) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

a) Aufwendungen für ärztliche und von unter § 2 Absatz 1 genannten Behandlern erbrachte Leistungen:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen. Dazu zählen auch Beratungen und Operationen.

b) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

c) Aufwendungen für Heilmittel

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für:

- Bäder,
- Massagen,
- medizinische Packungen,
- Inhalationen,
- Heilgymnastik,
- Bestrahlungen und
- andere Anwendungen des elektrischen Stromes.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

d) Aufwendungen für Hilfsmittel

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Hilfsmittel, wenn diese beim Auslandsaufenthalt erstmalig erforderlich werden.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

Sehhilfen und Hörgeräte werden nicht erstattet.

e) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen

- Transport zur Versorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Behandler oder Krankenhaus,
- Verlegungstransport vom Behandler oder Krankenhaus zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Behandler oder Krankenhaus sowie
- Transport zurück in die Unterkunft.

f) Bildgebende Verfahren

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT).

(4) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer stationären Heilbehandlung?

a) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen (auch Beratungen und Operationen),
- Krankenhausleistungen,
- Krankenpflege sowie
- Unterkunft und Verpflegung.

Bildgebende Verfahren

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT).

b) Was leisten wir für Begleitpersonen?

Wir erstatten den Krankenbesuch einer nahestehenden Person, wenn feststeht, dass Sie länger als fünf Tage im Krankenhaus bleiben müssen. Bei Ankunft des Besuchs darf der stationäre Aufenthalt noch nicht abgeschlossen sein. Wir übernehmen die Hin- und Rückreisekosten. Auf Wunsch organisieren wir die An- und Abreise. Bei der Wahl des Beförderungsmittels berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit.

Wir erstatten bis zu zehn Hotelübernachtungen für die ebenfalls im Tarif ARN versicherten Mitreisenden, falls der gebuchte Aufenthalt aufgrund Ihres Krankenhausaufenthaltes unterbrochen oder verlängert werden muss. Die maximale Erstattung beträgt 2.500 €.

c) Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach § 2 Absatz 4 a) zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 50 € für jeden Tag einer nachgewiesenen medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung.

d) Rooming-in

Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

(5) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- provisorischen Zahnersatz sowie
- Reparatur an bestehendem Zahnersatz.

Wir leisten nicht für Neuanfertigungen von Zahnersatz. Hierzu zählen z.B.:

- Kronen,
- Brücken,
- Prothesen und
- Implantate.

Wir leisten nicht für kieferorthopädische Maßnahmen.

(6) Welche Aufwendungen erstatten wir für Rücktransporte?

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person

- an den ständigen Wohnsitz oder
- in das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Wohnortnähe.

Die Kosten für einen Rücktransport werden auch dann übernommen, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig wird oder die voraussichtlichen Kosten für die Behandlung vor Ort die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Kosten für eine Begleitperson sind auch erstattungsfähig.

Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

Für die Organisation des Rücktransportes steht Ihnen unser → 24-Stunden-Notruf zur Verfügung.

Kompensation von CO2-Emissionen

Wir kompensieren die verursachten CO2-Emissionen eines versicherten Krankenrücktransportes. Dies erfolgt durch die Finanzierung von Klimaschutzprojekten.

(7) Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- → 24-Stunden-Notrufservice – es stehen Ihnen erfahrene mehrsprachige Ärzte zur Verfügung,
- Organisation der Überführung von Verstorbenen inklusive aller Formalitäten,
- Organisation des Rücktransportes der versicherten Person und einer Begleitperson,
- Ärztliche Abklärung der Transportfähigkeit bzw. Reisetauglichkeit,
- Arzt-Arzt-Gespräche zur Beurteilung der medizinischen Situation und zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und
- Bestätigungen für Kostenübernahmen an ausländische Ärzte und Krankenhäuser ohne Begrenzung.

(8) Aufwendungen für Überführung oder Bestattung:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen einer Überführung der verstorbenen Person an den ständigen Wohnsitz.

Für die Organisation der Überführung einer versicherten Person steht unser → 24-Stunden-Notrufservice zur Verfügung.

Wir erstatten 100% der Kosten, um Verstorbene im Reiseland zu bestatten.

(9) Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung einer versicherten Person im Falle eines Unfalls, bei einer Erkrankung oder bei Tod im Reiseland. Die maximale Erstattung beträgt 10.000 €.

(10) Aufwendungen bei Schwangerschaft und Frühgeburt

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Untersuchungen und/oder Behandlungen durch einen Arzt wegen

- Schwangerschaftsbeschwerden oder -komplikationen,
- für eine Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt,
- für medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- für eine Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.

Bei Frühgeburt bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche erstatten wir auch die Kosten für die notwendige Heilbehandlung Frühgeborener.

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der Frühgeborenen sowie der Mutter.

(11) Aufwendungen für den Versand von Blutkonserven und Medikamenten

Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven und Medikamente verfügbar sind, erstatten wir auch die Kosten für deren Versand.

(12) Aufwendungen für Telefonate

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Telefonate mit unserem → 24-Stunden-Notrufservice.

(13) Aufwendungen für die Betreuung minderjähriger Kinder und hilfsbedürftiger Personen

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für die Notfallbetreuung versicherter minderjähriger Kinder und hilfsbedürftiger Personen vor Ort. Um einen Notfall handelt es sich, wenn alle mitreisenden, fürsorgenden Personen (z.B. Eltern oder Partner) stationär behandelt werden, zurücktransportiert werden müssen oder verstorben sind.

Wir erstatten bei einem solchen Notfall 100 % der außerplanmäßigen Rückreisekosten der minderjährigen Kinder und hilfsbedürftigen Personen, wenn die Rückreise erforderlich oder sinnvoll ist.

Im Falle des Todes einer mitreisenden fürsorgenden Person übernehmen wir die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz.

(14) Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für psychologische Betreuung vor Ort. Voraussetzung ist, dass eine oder mehrere versicherte Personen

- Opfer eines Terroranschlags werden oder
- vor Ort versterben.

(15) Nachhaltigkeitsklausel „grün versichert“

a) Bonus bei emissionsarmen Reisen

Liegt ein Versicherungsfall vor, bei dem wir leistungspflichtig sind, zahlen wir zusätzlich einen Bonus in Form eines Tagegeldes in Höhe von 20 € je Behandlungstag. Voraussetzung:

- die Reise wurde mit einem emissionsarmen Verkehrsmittel durchgeführt oder

- der Aufenthalt während der Reise erfolgte in einer nach Nachhaltigkeitskriterien zertifizierten Unterkunft.
Dieser Bonus ist begrenzt auf höchstens 100 € je Reise.

Welche Verkehrsmittel werden als emissionsarm anerkannt?

Berücksichtigt wird das Hauptverkehrsmittel, welches für die An- und Abreise genutzt wird.
Anerkannt werden alle Verkehrsmittel, die zum Zeitpunkt des Reisebeginns auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt sind. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

Nicht berücksichtigt werden

- Verkehrsmittel, die nicht als Hauptverkehrsmittel für die An- und Abreise genutzt werden,
- nur vor Ort genutzte Verkehrsmittel (z.B. Mietwagen oder Fahrräder).

Welche nachhaltigen Unterkünfte werden anerkannt?

Berücksichtigt wird die bei der Reise genutzte Hauptunterkunft.
Anerkannt werden alle Unterkünfte mit solchen Zertifizierungen, die zum Zeitpunkt des Reisebeginns auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt sind. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

b) Nachhaltige Kapitalanlagen

Wir berücksichtigen bei der Kapitalanlage ethische, soziale und ökologische Belange. Wir investieren einen Teil der erzielten Beitragseinnahmen in nachhaltige Kapitalanlagen. Es wird bestätigt, dass die Anlage in nachhaltige Kapitalanlagen – im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten – mindestens in der Höhe des jährlichen Beitragsaufkommens dieses Tarifes erfolgt. Die Positiv- und Negativkriterien sind auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

(16) Bonus bei Einreichung bei anderem Leistungserbringer

Wenn Sie Anspruch auf Leistungen bei mehreren möglichen Leistungserbringern haben, können Sie entscheiden, wem Sie einen Versicherungsfall melden.

Wir zahlen Ihnen einen Bonus in Form eines zusätzlichen Tagegeldes, wenn Sie den Versicherungsfall zuerst bei einem anderen Leistungserbringer melden.

Voraussetzungen sind:

- Sie erhalten nachweislich von einem anderen Leistungserbringer eine Erstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlungen oder Krankenrücktransport und
- es besteht gemäß unserer Bedingungen ebenfalls eine Leistungspflicht.

Die Höhe des Tagegeldes beträgt

- je Behandlungstag 20 €, wenn für eine medizinisch notwendige Behandlung geleistet wurde sowie
- bei Krankenrücktransport 50 € je angebrochenem Transporttag.

Dieser Bonus ist begrenzt auf höchstens 100 € je Reise und darf die Erstattungshöhe des anderen Leistungserbringers nicht übersteigen.

§ 3: Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der
- b) Gründe für den Antritt der Reise waren,
- c) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung bei regelgerechtem Verlauf,
- d) Vorsorgeuntersuchungen,
- e) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- f) Behandlungen durch Ehegatten und Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- g) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen mit Ausnahme der psychologischen Betreuung bei Terror oder Todesfall gemäß § 2 Absatz 14,
- h) durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlungen oder Unterbringungen sowie
- i) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
- j) Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt durch eine bereits ärztlich diagnostizierte Erkrankung feststand, dass sie während der Reise stattfinden müssen. Es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes
 - des Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartners oder
 - eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde.

Wir erstatten jedoch Aufwendungen für Heilbehandlungen, die durch die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit während der Reise verursacht werden.

Teil B) Vertragliche Pflichten

§ 4 Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Erstbeitrag

Der vereinbarte Erstbeitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt des vereinbarten Versicherungsbeginns. Der Erstbeitrag berechnet sich aus der beitragspflichtigen Zeit bis zum Ende der Mindestvertragsdauer (siehe § 7 Absatz 2).

b) Folgebeitrag

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten eines neuen Versicherungsjahres fällig, nachdem die Mindestvertragsdauer erfüllt wurde.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

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

Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

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

§ 5: Beitragshöhe

Der Jahresbeitrag beträgt für jede zu versichernde Person

- bis 54 Jahren: 21,60 €
- ab 55 bis 74 Jahren: 46,80 €
- ab 75 Jahren: 69,60 €.

Bei unterjährigem Vertragsbeginn wird der Beitrag anteilig berechnet. Für jeden angefangenen Monat des ersten Versicherungsjahres beträgt der Beitrag für jede zu versichernde Person

- bis 54 Jahren: 1,80 €
- ab 55 bis 74 Jahren: 3,90 €
- ab 75 Jahren: 5,80 €.

Wenn eine versicherte Person während der Vertragslaufzeit das 55. bzw. 75. Lebensjahr vollendet, ist nach Ablauf des entsprechenden Versicherungsjahres der dann gültige Jahresbeitrag fällig.

§ 6: Obliegenheiten

(1) Welche Pflichten haben Sie?

a) 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 ist.

b) Sie und die Versicherten müssen jede erforderliche Auskunft für die Prüfung unserer Leistungspflicht erteilen. Auf unser Verlangen muss der Versicherte die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Er muss sich durch einen von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen lassen.

c) Beginn und Ende einer Auslandsreise sind uns bei Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

(2) Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

Wir zahlen Leistungen aus, wenn Sie die Rechnungen und die von uns angeforderten benötigten Nachweise vorgelegt haben. Im Bedarfsfall können von uns auch amtlich beglaubigte Übersetzungen angefordert werden. Auf unser Verlangen müssen Sie uns die Originale der Rechnungen vorlegen.

Wird ein anderer Leistungserbringer (z.B. eine andere Versicherung) zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie die Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Bezeichnung der Krankheit, Behandlungsdaten und vorgenommene Leistungen müssen aufgeführt sein.

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

Die Rechnungen für Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

Bei Arznei- und Verbandmitteln benötigen wir die Rechnungen und die jeweiligen Rezepte.

Im Falle des Todes im Ausland benötigen wir

- die Kostenbelege,

- die amtliche Sterbeurkunde und
- die ärztliche Bescheinigung der Todesursache.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

(3) Andere Leistungserbringer (Subsidiarität)

Wenn im Versicherungsfall auch von einem anderen Leistungserbringer eine Leistung beansprucht werden kann, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor (Subsidiarität). Dies gilt auch dann, wenn bei den anderen Leistungserbringern ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist.

Wird jedoch der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an die anderen Leistungserbringer wenden.

Wenn wir in Vorleistung treten, sind die Leistungsansprüche gegen andere Leistungserbringer an uns schriftlich abzutreten.

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Leistungserbringer, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Dies gilt nicht für den Anspruch auf Krankenhaustagegeld sowie Tagegeld.

(4) Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Bei Ersatzanspruch eines Versicherten gegen einen Dritten, geht dieser Anspruch auf uns über. Dies gilt bis zu der Höhe, in der wir den Schaden ersetzen.

Wenn sich der Ersatzanspruch gegen eine in häuslicher Gemeinschaft lebende Person richtet, können wir den übergangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht kann nicht durch Abtretung, Erlass, Vergleich oder Verzicht verfügt werden. Nach Übergang des Anspruchs an uns haben der Versicherungsnehmer und versicherte Personen uns bei der Durchsetzung der Ansprüche zu unterstützen.

(5) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

Teil C) Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Vertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen sein.

Schließen Sie den Vertrag im Ausland, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Zahlung des Beitrages.

(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 oder uns 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. Die Annahme des Antrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung online beantragt, kommt der Vertrag zu dem Zeitpunkt zustande, zu dem uns das ordnungsgemäß ausgefüllte Antragsformular inklusive vollständig und korrekt ausgefülltem SEPA-Lastschriftmandat zugeht.

(3) Ende der Versicherung

Der Vertrag endet (außer durch Kündigung)

- 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 der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU) oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

Sollte eine 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

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.

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

§ 9: Änderungen der Versicherungsbedingungen

(1) Die Versicherungsbedingungen und die Beiträge können von uns nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung teilen wir dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres mit.

(2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen.

§ 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 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

Unsere 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, Vertragsergänzung 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 übermittelt

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

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

Auslandsreisekrankenversicherung




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

Produkt: AuslandsReise.Nachhaltigkeit (Tarif ARN.Familie)


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 Auslandsreisekrankenversicherung für Reisen bis zu einer Dauer von jeweils maximal 56 Tagen.


 <p>Was ist versichert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aufwendungen bei Auslandsreisen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei im Ausland eintretenden Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen und damit unmittelbar im Zusammenhang stehende Dienstleistungen. ✓ Transport zum Behandler und zurück in die Unterkunft. ✓ Medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport. ✓ Unterbringung, Verpflegung und Behandlung bei einem Krankenhausaufenthalt. ✓ Rooming-in bei mitversicherten Kindern. ✓ Suche, Rettung, Bergung. ✓ Überführung oder Bestattung (im Todesfall). ✓ Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall. ✓ Assistance-Leistungen. ✓ Bonus bei emissionsarmen Reisen 	 <p>Was ist nicht versichert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Zum Beispiel Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder ✗ bei denen vor Reisebeginn feststand, dass diese während der Auslandsreise anfallen müssen.
	 <p>Gibt es Deckungsbeschränkungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Suche, Rettung und Bergung sind limitiert auf 10.000 €.

24h-Notrufzentrale: +49 211 355900-18
(z.B. zur Abklärung bei medizinischen Problemen, Organisation von Krankentransporten oder im Todesfall einer versicherten Person)



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht im Ausland.
- ✓ Als Ausland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.



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.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 6) aufgeführten 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 der ältesten zu versichernden Person:

Alter	Familie
bis 54 Jahre	46,80 €
55-74 Jahre	93,60 €
ab 75 Jahre	133,20 €

- Der Erstbeitrag wird unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Folgeprämien sind jeweils am 1. Januar eines Kalenderjahres – nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer (siehe AVB § 7 Abs. 2) – fällig.
- Der Erstbeitrag kann höher ausfallen als der Jahresbeitrag, wenn der Vertrag unterjährig beginnt.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.
- Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf der 8. Woche eines Auslandsaufenthalts, spätestens jedoch mit Ablauf des Vertrages.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie – und auch wir – können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer) mit Frist von einem Monat in Textform kündigen.
- Die Vertragsdauer verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zugehen.

Wesentliche Informationen zur Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ARN (AuslandsReise.Nachhaltigkeit):

Neben dem Informationsblatt zum Tarif ARN finden Sie nachfolgend:

- Kundeninformationsblatt,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und
- 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 und dem Produktinformationsblatt.

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:

Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Vorsitzender des Aufsichtsrates: 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 Antrag auf Kranken-, Pflege- oder Zusatzversicherung, nachdem Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Produkt -und das Kundeninformationsblatt erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wird der Antrag angenommen, erhalten Sie den Versicherungsschein.

Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die im vorigen Absatz genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten haben und von Ihrem Widerrufsrecht 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 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.

Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

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 für die Auslandsreisekrankenversicherung (Tarif ARN.Familie)

Teil A) Ihr Versicherungsschutz

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

§ 2: Leistungsumfang / Nachhaltigkeitsklausel

§ 3: Leistungseinschränkungen

Teil B) Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

§ 5: Beitragshöhe

§ 6: Obliegenheiten

Teil C) Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9: Änderungen der Versicherungsbedingungen

§ 10: Verjährung

Teil A) Ihr Versicherungsschutz

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall liegt bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung vor. Die folgenden, im Ausland eintretenden Ereignisse gelten als Versicherungsfall:

- Erkrankung oder Unfallfolgen (inkl. Tauchunfälle und -erkrankungen),
- Schwangerschaftskomplikationen,
- Frühgeburten bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche,
- Fehlgeburten und medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod

einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann sich in diesem Tarif versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Zusätzlich können sich Personen versichern, die ihren ständigen Wohnsitz im angrenzenden Ausland haben und eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder hauptberuflich selbstständige Tätigkeit in Deutschland ausüben (Grenzgänger).

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsnehmer ist versichert.

Zusätzlich besteht Versicherungsschutz für folgende, mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen:

- ein Ehegatte oder ein Lebenspartner sowie
- die Kinder (auch Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Für am Reiseort frühgeborene Kinder bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche besteht Versicherungsschutz.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

(4) Wie lange besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für alle Auslandsreisen der versicherten Personen bis zu einer Dauer von jeweils maximal 8 Wochen. Der Versicherungsschutz besteht bis zum Ablauf der Vertragslaufzeit. Dies gilt auch, wenn eine Heilbehandlung über diesen Zeitpunkt hinaus während des Aufenthaltes im Ausland noch andauert.

Wenn eine im Ausland begonnene Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir auch über eine Dauer von 8 Wochen hinaus. Der verlängerte Versicherungsschutz gilt dann, bis die Rückreise aus medizinischer Sicht wieder möglich ist.

Der verlängerte Versicherungsschutz gilt auch, falls eine durch die WHO (World Health Organisation) ausgerufene gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite (Artikel 12 der internationalen Gesundheitsvorschriften) ausgerufen wird (z.B. eine Pandemie) und dadurch die Rückreise aus dem Ausland nicht möglich ist.

Beispiele:

- Es wurde eine Infektionserkrankung diagnostiziert. Die Rückreise ist behördlich angeordnet noch nicht möglich.
- Im Reiseland stehen die zur Ausreise benötigten Transportmittel nicht zur Verfügung.

(5) Wann und an wen zahlen wir Versicherungsleistungen aus?

Wir zahlen Leistungen aus, nachdem wir die Prüfung abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig ist. Wir zahlen dann innerhalb von 7 Werktagen die Leistung aus. Bei durch von uns verschuldeter Verzögerung zahlen wir eine Verzugs pauschale in Höhe von 25 €.

Wir überweisen die Leistungen kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto.

In ausländischen Währungen entstandene Kosten rechnen wir zum aktuellen Kurs des Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der jeweils aktuelle Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main. Dies gilt nicht, wenn Sie durch Bankbelege nachweisen, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 2: Leistungsumfang

Versicherungsschutz für Heilbehandlung

(1) Freie Auswahl von Ärzten und anderen Behandlern, Zahnärzten sowie Krankenhäusern

Wählen Sie frei unter folgenden im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen

- Ärzten,
- Zahnärzten,
- Heilpraktikern,
- Chirotherapeuten,
- Osteopathen und
- Krankenhäusern.

Das Krankenhaus muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen.

(2) Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin anerkannt sind.

Wir leisten auch für andere Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis ebenso bewährt haben oder
- die nur statt Schulmedizin verfügbar sind.

(3) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

a) Aufwendungen für ärztliche und von unter § 2 Absatz 1 genannten Behandlern erbrachte Leistungen:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen. Dazu zählen auch Beratungen und Operationen.

b) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

c) Aufwendungen für Heilmittel

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für:

- Bäder,
- Massagen,
- medizinische Packungen,
- Inhalationen,
- Heilgymnastik,
- Bestrahlungen und
- andere Anwendungen des elektrischen Stromes.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

d) Aufwendungen für Hilfsmittel

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Hilfsmittel, wenn diese beim Auslandsaufenthalt erstmalig erforderlich werden.

Diese müssen durch Ärzte, Heilpraktiker, Chirotherapeuten oder Osteopathen verordnet werden.

Sehhilfen und Hörgeräte werden nicht erstattet.

e) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen

- Transport zur Versorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Behandler oder Krankenhaus,
- Verlegungstransport vom Behandler oder Krankenhaus zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Behandler oder Krankenhaus sowie
- Transport zurück in die Unterkunft.

f) Bildgebende Verfahren

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT).

(4) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer stationären Heilbehandlung?

a) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen (auch Beratungen und Operationen),
- Krankenhausleistungen,
- Krankenpflege sowie
- Unterkunft und Verpflegung.

Bildgebende Verfahren

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, MRT).

b) Was leisten wir für Begleitpersonen?

Wir erstatten den Krankenbesuch einer nahestehenden Person, wenn feststeht, dass Sie länger als fünf Tage im Krankenhaus bleiben müssen. Bei Ankunft des Besuchs darf der stationäre Aufenthalt noch nicht abgeschlossen sein. Wir übernehmen die Hin- und Rückreisekosten. Auf Wunsch organisieren wir die An- und Abreise. Bei der Wahl des Beförderungsmittels berücksichtigen wir die wirtschaftliche Verhältnismäßigkeit.

Wir erstatten bis zu zehn Hotelübernachtungen für die ebenfalls im Tarif ARN versicherten Mitreisenden, falls der gebuchte Aufenthalt aufgrund Ihres Krankenhausaufenthaltes unterbrochen oder verlängert werden muss. Die maximale Erstattung beträgt 2.500 €.

c) Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach § 2 Absatz 4 a) zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 50 € für jeden Tag einer nachgewiesenen medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung.

d) Rooming-in

Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

(5) Welche Aufwendungen erstatten wir bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung?

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für

- schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- provisorischen Zahnersatz sowie
- Reparatur an bestehendem Zahnersatz.

Wir leisten nicht für Neuanfertigungen von Zahnersatz. Hierzu zählen z.B.:

- Kronen,
- Brücken,
- Prothesen und
- Implantate.

Wir leisten nicht für kieferorthopädische Maßnahmen.

(6) Welche Aufwendungen erstatten wir für Rücktransporte?

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person

- an den ständigen Wohnsitz oder
- in das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Wohnortnähe.

Die Kosten für einen Rücktransport werden auch dann übernommen, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig wird oder die voraussichtlichen Kosten für die Behandlung vor Ort die Rücktransportkosten übersteigen würden.

Die Kosten für eine Begleitperson sind auch erstattungsfähig.

Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

Für die Organisation des Rücktransportes steht Ihnen unser → 24-Stunden-Notruf zur Verfügung.

Kompensation von CO₂-Emissionen

Wir kompensieren die verursachten CO₂-Emissionen eines versicherten Krankenrücktransportes. Dies erfolgt durch die Finanzierung von Klimaschutzprojekten.

(7) Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- → 24-Stunden-Notrufservice – es stehen Ihnen erfahrene mehrsprachige Ärzte zur Verfügung,
- Organisation der Überführung von Verstorbenen inklusive aller Formalitäten,
- Organisation des Rücktransportes der versicherten Person und einer Begleitperson,
- Ärztliche Abklärung der Transportfähigkeit bzw. Reisetauglichkeit,
- Arzt-Arzt-Gespräche zur Beurteilung der medizinischen Situation und zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und
- Bestätigungen für Kostenübernahmen an ausländische Ärzte und Krankenhäuser ohne Begrenzung.

(8) Aufwendungen für Überführung oder Bestattung:

Wir erstatten 100% der Aufwendungen einer Überführung der verstorbenen Person an den ständigen Wohnsitz.

Für die Organisation der Überführung einer versicherten Person steht unser → 24-Stunden-Notrufservice zur Verfügung.

Wir erstatten 100% der Kosten, um Verstorbene im Reiseland zu bestatten.

(9) Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung einer versicherten Person im Falle eines Unfalls, bei einer Erkrankung oder bei Tod im Reiseland. Die maximale Erstattung beträgt 10.000 €.

(10) Aufwendungen bei Schwangerschaft und Frühgeburt

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Untersuchungen und/oder Behandlungen durch einen Arzt wegen

- Schwangerschaftsbeschwerden oder -komplikationen,
- für eine Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt,
- für medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- für eine Entbindung bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche.

Bei Frühgeburt bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche erstatten wir auch die Kosten für die notwendige Heilbehandlung Frühgeborener.

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der Frühgeborenen sowie der Mutter.

(11) Aufwendungen für den Versand von Blutkonserven und Medikamenten

Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven und Medikamente verfügbar sind, erstatten wir auch die Kosten für deren Versand.

(12) Aufwendungen für Telefonate

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für Telefonate mit unserem → 24-Stunden-Notrufservice.

(13) Aufwendungen für die Betreuung minderjähriger Kinder und hilfsbedürftiger Personen

Wir erstatten 100% der Aufwendungen für die Notfallbetreuung versicherter minderjähriger Kinder und hilfsbedürftiger Personen vor Ort. Um einen Notfall handelt es sich, wenn alle mitreisenden, fürsorgenden Personen (z.B. Eltern oder Partner) stationär behandelt werden, zurücktransportiert werden müssen oder verstorben sind.

Wir erstatten bei einem solchen Notfall 100 % der außerplanmäßigen Rückreisekosten der minderjährigen Kinder und hilfsbedürftigen Personen, wenn die Rückreise erforderlich oder sinnvoll ist.

Im Falle des Todes einer mitreisenden fürsorgenden Person übernehmen wir die Kosten bis zur Rückkehr der Kinder an ihren Wohnsitz.

(14) Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für psychologische Betreuung vor Ort. Voraussetzung ist, dass eine oder mehrere versicherte Personen

- Opfer eines Terroranschlags werden oder
- vor Ort versterben.

(15) Nachhaltigkeitsklausel „grün versichert“

a) Bonus bei emissionsarmen Reisen

Liegt ein Versicherungsfall vor, bei dem wir leistungspflichtig sind, zahlen wir zusätzlich einen Bonus in Form eines Tagegeldes in Höhe von 20 € je Behandlungstag. Voraussetzung:

- die Reise wurde mit einem emissionsarmen Verkehrsmittel durchgeführt oder
- der Aufenthalt während der Reise erfolgte in einer nach Nachhaltigkeitskriterien zertifizierten Unterkunft.

Dieser Bonus ist begrenzt auf höchstens 100 € je Reise.

Welche Verkehrsmittel werden als emissionsarm anerkannt?

Berücksichtigt wird das Hauptverkehrsmittel, welches für die An- und Abreise genutzt wird.

Anerkannt werden alle Verkehrsmittel, die zum Zeitpunkt des Reisebeginns auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt sind. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

Nicht berücksichtigt werden

- Verkehrsmittel, die nicht als Hauptverkehrsmittel für die An- und Abreise genutzt werden,
- nur vor Ort genutzte Verkehrsmittel (z.B. Mietwagen oder Fahrräder).

Welche nachhaltigen Unterkünfte werden anerkannt?

Berücksichtigt wird die bei der Reise genutzte Hauptunterkunft.

Anerkannt werden alle Unterkünfte mit solchen Zertifizierungen, die zum Zeitpunkt des Reisebeginns auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt sind. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

b) Nachhaltige Kapitalanlagen

Wir berücksichtigen bei der Kapitalanlage ethische, soziale und ökologische Belange. Wir investieren einen Teil der erzielten Beitragseinnahmen in nachhaltige Kapitalanlagen. Es wird bestätigt, dass die Anlage in nachhaltige Kapitalanlagen – im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten – mindestens in der Höhe des jährlichen Beitragsaufkommens dieses Tarifes erfolgt. Die Positiv- und Negativkriterien sind auf der Internetseite www.vigokv.de/nachhaltigkeit aufgeführt. Die jeweils gültige Liste wird auf Anfrage auch an Sie übermittelt.

(16) Bonus bei Einreichung bei anderem Leistungserbringer

Wenn Sie Anspruch auf Leistungen bei mehreren möglichen Leistungserbringern haben, können Sie entscheiden, wem Sie einen Versicherungsfall melden.

Wir zahlen Ihnen einen Bonus in Form eines zusätzlichen Tagegeldes, wenn Sie den Versicherungsfall zuerst bei einem anderen Leistungserbringer melden.

Voraussetzungen sind:

- Sie erhalten nachweislich von einem anderen Leistungserbringer eine Erstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlungen oder Krankenrücktransport und
- es besteht gemäß unserer Bedingungen ebenfalls eine Leistungspflicht.

Die Höhe des Tagegeldes beträgt

- je Behandlungstag 20 €, wenn für eine medizinisch notwendige Behandlung geleistet wurde sowie
- bei Krankenrücktransport 50 € je angebrochenem Transporttag.

Dieser Bonus ist begrenzt auf höchstens 100 € je Reise und darf die Erstattungshöhe des anderen Leistungserbringers nicht übersteigen.

§ 3: Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

Keine Leistungspflicht besteht für

- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der
- Gründe für den Antritt der Reise waren,
- Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung bei regelgerechtem Verlauf,
- Vorsorgeuntersuchungen,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- Behandlungen durch Ehegatten und Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen mit Ausnahme der psychologischen Betreuung bei Terror oder Todesfall gemäß § 2 Absatz 14,
- durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlungen oder Unterbringungen sowie
- bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.
- Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt durch eine bereits ärztlich diagnostizierte Erkrankung feststand, dass sie während der Reise stattfinden müssen. Es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes
 - des Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartners oder
 - eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde.

Wir erstatten jedoch Aufwendungen für Heilbehandlungen, die durch die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit während der Reise verursacht werden.

Teil B) Vertragliche Pflichten

§ 4 Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Erstbeitrag

Der vereinbarte Erstbeitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt des vereinbarten Versicherungsbeginns. Der Erstbeitrag berechnet sich aus der beitragspflichtigen Zeit bis zum Ende der Mindestvertragsdauer (siehe § 7 Absatz 2).

b) Folgebeitrag

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten eines neuen Versicherungsjahres fällig, nachdem die Mindestvertragsdauer erfüllt wurde.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

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

Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

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

§ 5: Beitragshöhe

Der Jahresbeitrag beträgt (abhängig vom Alter der ältesten zu versichernden Person)

- bis 54 Jahren: 46,80 €
- ab 55 bis 74 Jahren: 93,60 €
- ab 75 Jahren: 133,20 €.

Bei unterjährigem Vertragsbeginn wird der Beitrag anteilig berechnet. Für jeden angefangenen Monat des ersten Versicherungsjahres beträgt der Beitrag (abhängig vom Alter der ältesten zu versichernden Person)

- bis 54 Jahren: 3,90 €
- ab 55 bis 74 Jahren: 7,80 €
- ab 75 Jahren: 11,10 €.

Wenn die älteste versicherte Person während der Vertragslaufzeit das 55. bzw. 75. LJ vollendet, ist nach Ablauf des entsprechenden Versicherungsjahres der dann gültige Jahresbeitrag fällig.

§ 6: Obliegenheiten

(1) Welche Pflichten haben Sie?

a) 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 ist.

b) Sie und die Versicherten müssen jede erforderliche Auskunft für die Prüfung unserer Leistungspflicht erteilen. Auf unser Verlangen muss der Versicherte die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Er muss sich durch einen von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen lassen.

c) Bei Änderung der ältesten versicherten Person ist das Geburtsdatum mitzuteilen.

d) Beginn und Ende einer Auslandsreise sind uns bei Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

(2) Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

Wir zahlen Leistungen aus, wenn Sie die Rechnungen und die von uns angeforderten benötigten Nachweise vorgelegt haben. Im Bedarfsfall können von uns auch amtlich beglaubigte Übersetzungen angefordert werden. Auf unser Verlangen müssen Sie uns die Originale der Rechnungen vorlegen.

Wird ein anderer Leistungserbringer (z.B. eine andere Versicherung) zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie die Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen. Die Bezeichnung der Krankheit, Behandlungsdaten und vorgenommene Leistungen müssen aufgeführt sein.

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

Die Rechnungen für Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

Bei Arznei- und Verbandmitteln benötigen wir die Rechnungen und die jeweiligen Rezepte.

Im Falle des Todes im Ausland benötigen wir

- die Kostenbelege,
- die amtliche Sterbeurkunde und
- die ärztliche Bescheinigung der Todesursache.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

(3) Andere Leistungserbringer (Subsidiarität)

Wenn im Versicherungsfall auch von einem anderen Leistungserbringer eine Leistung beansprucht werden kann, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor (Subsidiarität). Dies gilt auch dann, wenn bei den anderen Leistungserbringern ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist.

Wird jedoch der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an die anderen Leistungserbringer wenden.

Wenn wir in Vorleistung treten, sind die Leistungsansprüche gegen andere Leistungserbringer an uns schriftlich abzutreten.

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Leistungserbringer, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Dies gilt nicht für den Anspruch auf Krankenhaustagegeld sowie Tagegeld.

(4) Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Bei Ersatzanspruch eines Versicherten gegen einen Dritten, geht dieser Anspruch auf uns über. Dies gilt bis zu der Höhe, in der wir den Schaden ersetzen.

Wenn sich der Ersatzanspruch gegen eine in häuslicher Gemeinschaft lebende Person richtet, können wir den übergangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht kann nicht durch Abtretung, Erlass, Vergleich oder Verzicht verfügt werden. Nach Übergang des Anspruchs an uns haben der Versicherungsnehmer und versicherte Personen uns bei der Durchsetzung der Ansprüche zu unterstützen.

(5) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

Teil C) Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Vertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen sein.

Schließen Sie den Vertrag im Ausland, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und nicht vor Zahlung des Beitrages.

(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 oder uns 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. Die Annahme des Antrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung online beantragt, kommt der Vertrag zu dem Zeitpunkt zustande, zu dem uns das ordnungsgemäß ausgefüllte Antragsformular inklusive vollständig und korrekt ausgefülltem SEPA-Lastschriftmandat zugeht.

(3) Ende der Versicherung

Der Vertrag endet (außer durch Kündigung)

- 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 der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU) oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

Sollte eine 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

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.

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

§ 9: Änderungen der Versicherungsbedingungen

(1) Die Versicherungsbedingungen und die Beiträge können von uns nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung teilen wir dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres mit.

(2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen.

§ 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 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

Unsere 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, Vertragsergänzung 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 übermittelt

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