

Auslandsreisekrankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: vigo Krankenversicherung VVaG

Produkt: study the world (Tarif ARS16)

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 Personen, die sich als Studenten, Schüler, Sprachschüler, Au-pairs, Stipendiaten, Doktoranden, Teilnehmer an Work & Travel-Programmen und weiterer versicherungsfähiger Zwecke im Ausland aufhalten.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen bei Auslandsreisen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei im Ausland eintretender 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 nach Deutschland.
- ✓ Unterbringung, Verpflegung und Behandlung bei einem Krankenhausaufenthalt.

24h-Notrufzentrale: +49 211 355900-18

(z.B. zur Abklärung bei medizinischen Problemen, Organisation von Krankentransporten oder im Todesfall einer versicherten Person)

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Details zum Leistungsumfang finden Sie in den AVB (§ 2).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Zum Beispiel Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder
- ✗ bei denen vor Reisebeginn feststand, dass diese während der Auslandsreise anfallen müssen.
- ✗ Auslandsreisen, die nicht einem versicherungsfähigen Zweck dienen. Insbesondere Urlaubsreisen und beruflich bedingte Auslandsaufenthalte sind nicht versichert.
- ✗ Todesfälle sowie Behandlungen und Folgen, die auf Alkohol- oder Drogenkonsum zurückzuführen sind.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Details zu Leistungseinschränkungen finden Sie in den AVB (§ 3).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Suche, Rettung, Bergung sowie
- ! Überführung oder Bestattung (im Todesfall) sind limitiert auf jeweils 10.000 €.
- ! Aufwendungen für Heilbehandlungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten, können gekürzt werden.
- ! Bei Entbindungen besteht eine Wartezeit von 8 Monaten.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Details zu Leistungseinschränkungen finden Sie in den AVB (§ 3).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht im vertraglich vereinbarten Geltungsbereich.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages muss für die gesamte geplante Auslandsaufenthaltsdauer gestellt werden.
- Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich sind.
- Diese Aufzählung ist nicht abschließend. 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 der gewählten Tarifvariante (europa- bzw. weltweite Reiseziele sowie Kurzzeit- oder Langzeittarif):

| Aufenthaltsdauer | EU/EWR-Raum | weltweit |
|------------------|--------------------|--------------------|
| bis 12 Monate | 29,50 € (ARS16-KE) | 43,50 € (ARS16-KW) |
| bis 60 Monate | 48,50 € (ARS16-LE) | 70,50 € (ARS16-LW) |

- Der Erstbeitrag wird unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- Die Folgebeiträge sind bei monatlicher Zahlweise an den jeweils folgenden Monatsersten fällig.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.

Details zu Beiträgen finden Sie in den AVB (§§ 4 und 5).



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 mit der Rückkehr nach Deutschland, spätestens jedoch mit Ablauf des Vertrages.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Der Versicherungsvertrag endet zu dem vereinbarten Zeitpunkt. Sie müssen den Vertrag nicht kündigen.

Wesentliche Informationen zur Auslandsreise- krankenversicherung der vigo Krankenversiche- rung VVaG (Tarif ARS16)

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Kundeninformationsblatt
- Allgemeine Versicherungsbedingungen
- Datenschutzhinweise

Kundeninformationsblatt zur Krankenversiche- rung der vigo Krankenversicherung VVaG

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

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.
Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versiche-
rungsbedingungen.

Identität des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne
des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Sitz: Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf,
HRB 21160
Telefon: 0211 – 355900 – 0
Fax: 0211 – 355900 – 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Mitglieder des Vorstands sind:

Dieter Turowski (Vorsitzender), Willi Tiltmann,
Micha Hildebrandt, Stefan Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrates ist Hans Siebels.

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 Medica-
tor-AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln. Die Medicator-
AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Kranken-
versicherung im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsge-
setz.

Zustandekommen des Vertrages

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so ge-
nannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Antrag auf Auslandsreisekrankenversiche-
rung, nachdem Sie die Versicherungsbedingungen erhalten ha-
ben. Der Versicherungsschein wird Ihnen in Textform übersandt.
Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die „Wesentli-
chen Informationen“ vollständig informiert haben, Sie den Versi-
cherungsschein erhalten und von Ihrem Widerrufsrecht (nachfol-
gend erläutert) keinen Gebrauch gemacht haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen
ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist be-
ginnt an dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die
Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versi-
cherungsbedingungen 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
Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 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 erstat-
ten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30
Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet
deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klä-
rung 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 zu-
ständig, 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 Zufrieden-
heit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten
kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen, so steht Ihnen
das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombuds-
mann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

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

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außerge-
richtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträ-
gen 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 Finanzdienstleistungen (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 ARS16)

in den Tarifvarianten

- **K – Kurzzeittarif** (für Auslandsaufenthalte bis zu einer Dauer von 12 Monaten)
- **L – Langzeittarif** (für Auslandsaufenthalte mit einer Dauer von über 12 Monaten)

Leistungen

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

§ 2: Leistungsumfang

§ 3: Leistungseinschränkungen

Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

§ 5: Beitragshöhe

§ 6: Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9: Verjährung

Leistungen

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen im Ausland eintretender Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- Schwangerschaftsbehandlungen und -komplifikationen,
- Fehl- und Frühgeburt,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche,
- medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen,
- Tod.

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

(2) Wer kann den Tarif abschließen?

Versicherungsfähig sind Au-pairs, Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Doktoranden, Teilnehmer an Work & Travel-Programmen oder sonstige Personen, die sich nachweislich zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen oder unentgeltlicher Praktika vorübergehend im Ausland aufhalten, wenn am Tage des Versicherungsbeginns das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet ist und folgende Voraussetzung erfüllt ist:

Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland.

Ausland sind alle Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht für den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich im Ausland.

Erweiterung bei Verträgen mit einer Dauer von über 12 Monaten (L – Langzeittarif)

Im *Langzeittarif* besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland (Heimatland) nach Ablauf von 12 Monaten. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

Während eines versicherten Aufenthaltes in Deutschland werden Aufwendungen bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattet. Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen

- nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz,
- nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M, (Laborleistungen) der 1,15-fache Gebührensatz,
- nach der GOÄ nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz,
- für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

(4) Wie lange besteht Versicherungsschutz?

Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre (60 Monate). Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages muss für die gesamte geplante Auslandsaufenthaltsdauer gestellt werden. Bei einer vorzeitigen Rückkehr werden bereits gezahlte Beiträge auf den Tag genau zurückerstattet.

Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der vigo Krankenversicherung vorgelegen hat.

Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Eingang des Antrages bei der vigo Krankenversicherung) neu eingetreten sind.

Wenn eine im Ausland begonnene Behandlung über den Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir auch über die Höchstversicherungsdauer von 60 Monaten hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

(5) Wann und an wen erbringen wir Leistungen?

Wir erbringen Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe § 6 Absatz 5) vorliegen.

Wir überweisen die Leistungen kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto des Versicherungsnehmers. Der Überbringer der Versicherungsbestätigung gilt jedoch ebenfalls als Empfangsberechtigter, sofern er uns alle notwendigen Belege einreicht. Bei begründeten Zweifeln an der Legitimation des Überbringers leisten wir jedoch nur an den Versicherungsnehmer. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

Wenn die Kosten in einer Fremdwährung entstanden sind, rechnen wir sie zum Kurs des Rechnungsdatums in Euro um.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(6) Wartezeiten

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.

Die Wartezeit für Entbindungen beträgt acht Monate.

§ 2: Leistungsumfang Versicherungsschutz für Heilbehandlung

(1) Auswahl von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern
Bei ambulanten Behandlungen hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung ist das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Es hat

- unter ständiger ärztlicher Leitung zu stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zu verfügen und
- Krankengeschichte zu führen.

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

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

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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

a) Aufwendungen für ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen einschließlich unaufschiebbarer Operationen.

b) Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für Verbandsmaterialien und Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet worden sind. Arzneimittel sind aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle zu beziehen.

c) Aufwendungen für Heilmittel

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete

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

d) Aufwendungen für Hilfsmittel

Wir ersetzen 100% der Mietgebühr für Hilfsmittel, soweit diese während des versicherten Auslandsaufenthalts erstmals erforderlich werden – mit Ausnahme von Sehhilfen. Die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel werden erstattet, sofern eine leihweise Überlassung nicht möglich ist oder die Mietgebühr die Anschaffungskosten übersteigt.

e) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen

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

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

a) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen einschließlich unaufschiebbarer Operationen,
- Krankenhausleistungen,

- Krankenpflege,
- Unterkunft und Verpflegung.

b) Zahlung von ersatzweisem Krankenhaustagegeld

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach § 2 Absatz 4 a) zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 € für jeden Tag einer nachgewiesenen medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung.

Erweiterung bei Verträgen mit einer Dauer von über 12 Monaten (L – Langzeittarif)

Dauert ein Krankenhausaufenthalt im Ausland voraussichtlich länger als vier Wochen, übernimmt der Versicherer im *Langzeittarif* auf Antrag die Kosten einer Besuchsreise (in Höhe der jeweils niedrigsten Preisklasse) eines Angehörigen. Voraussetzung ist, dass bei Antritt der Reise die stationäre Behandlung der versicherten Person noch mindestens 10 Tage andauert. Die Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung ist dem Versicherer nachzuweisen. Der Antrag ist vor Antritt der Reise zu stellen.

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

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für

- a) schmerzstillende Zahnbehandlungen,
- b) notwendige Füllungen in einfacher Ausführung,
- c) provisorischen Zahnersatz,
- d) Reparatur an bestehendem Zahnersatz.

Die Leistungen aus Buchstabe c), d) sind zusammen auf maximal 1.000 € je Versicherungsjahr begrenzt.

Erweiterung bei Verträgen mit einer Dauer von über 12 Monaten (L – Langzeittarif)

Im *Langzeittarif* ersetzen wir zudem Kosten

- der Zahnprophylaxe zu 100 % in Höhe von maximal 75 € je Versicherungsjahr und
- für Zahnersatz, der medizinisch notwendig ist, zu 50 % des Rechnungsbetrages bis zu einer Summe von 1.000 € je Versicherungsjahr.

(6) Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

Wir ersetzen 100% der Mehrkosten für einen – mit uns im Vorfeld abgestimmten – medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person

- an den ständigen, vor Beginn des Auslandsaufenthaltes vorhandenen Wohnsitz oder
- in das nächsterreichbare und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in Deutschland.

Die Mehrkosten für einen Rücktransport werden auch dann übernommen, wenn ein stationärer Aufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig wird oder die voraussichtlichen Kosten für den stationären Aufenthalt die Rücktransportkosten übersteigen würden. Voraussetzung ist, dass keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

Die Kosten für eine Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

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

Für die Organisation des Rücktransportes steht Ihnen unser 24h-Notrufservice zur Verfügung.

(7) Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- 24h-Notrufservice (es stehen Ihnen erfahrene mehrsprachige Ärzte zur Verfügung),
- Organisation des Rücktransports der versicherten Person und ggf. ihrer Begleitperson,
- Ärztliche Abklärung der Transportfähigkeit (einschließlich Flugtauglichkeitsbescheinigung),

- Arzt-Arzt-Gespräche zur Beurteilung der medizinischen Situation und zur Sicherstellung einer Behandlung nach deutschem Standard,
- Erstellung von Kostenübernahmeerklärungen an ausländische Ärzte und Krankenhäuser nach telefonischer Deckungszusage ohne Begrenzung,
- Organisation der Überführung von Verstorbenen inklusive aller Formalitäten.

(8) Aufwendungen für Überführung oder Bestattung

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen (bis zu einer Summe von 10.000 €) einer – mit uns im Vorfeld abgestimmten – Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn des Auslandsaufenthaltes vorhandenen Wohnsitz. Für die Organisation der Überführung einer versicherten Person steht unser 24h-Notrufservice zur Verfügung.

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen (bis zu einer Summe von 10.000 €) bei Bestattung im Aufenthaltsland.

(9) Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für Suche, Rettung und Bergung einer versicherten Person im Falle eines Unfalls im Aufenthaltsland bis zu einer Summe von 10.000 €.

(10) Aufwendungen bei Schwangerschaften und Geburten

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für medizinische notwendige Schwangerschaftsbehandlungen einschließlich Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen -und komplikationen sowie Behandlungen wegen Früh- und Fehlgeburt und medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbrüche.

Für Entbindungen ersetzen wir 100 % der Aufwendungen nach Ablauf der Wartezeit von 8 Monaten.

(11) Aufwendungen für Blutkonserven

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Aufenthaltsort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, erstatten wir auch die Kosten für den Versand.

(12) Aufwendungen für Telefonate

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für Telefonate mit unserem 24h-Notrufservice.

§ 3: Leistungseinschränkungen

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

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes waren und für die Behandlungen, von denen bei Antritt des Auslandsaufenthaltes feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Aufenthaltes stattfinden mussten,
- b) die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind (die Verschlimmerung einer Krankheit, die bei Vertragsabschluss / Vertragsverlängerung besteht, ist mitversichert. In diesem Fall werden die Mehrkosten, die durch die Verschlimmerung der Krankheit verursacht werden, erstattet.),
- c) Todesfälle sowie Behandlungen und Folgen, die auf Alkohol- oder Drogenkonsum zurückzuführen sind,
- d) Vorsorgeuntersuchungen (abgesehen von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen),
- e) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen,
- f) Sehhilfen,
- g) Behandlung durch Ehegatten und Eltern oder Kinder sowie Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- h) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung,

- i) Behandlungen wegen Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit sowie künstlicher Befruchtungen und Folgebehandlungen,
- j) Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen,
- k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung,
- l) Todesfälle, Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen,
- m) Todesfälle, Krankheiten und Folgen sowie für Unfälle und Folgen, die durch Kernenergie, vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht wurden. Diese Einschränkung gilt dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung für die jeweiligen Länder ausspricht,
- n) Zahnersatz, Stützähne, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht,
- o) Organspenden und Folgen.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder eine sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Die berechneten Honorare und Gebühren dürfen den in dem betreffenden Land als allgemein üblich und angemessen betrachteten Umfang nicht übersteigen. Andernfalls können wir die Erstattung auf die landesüblichen Sätze kürzen.

Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Der Beitragseinzug erfolgt im Lastschriftverfahren.

a) Erstbeitrag

Der Erstbeitrag ist bei Vertragsbeginn fällig.

Wird der Erstbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

b) Folgebeitrag

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen beträgt.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung im Verzug, kann der Versicherer den Vertrag kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer nach Erhalt der Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

§ 5: Beitragshöhe

Der Beitrag für eine versicherte Person ergibt sich aus den Beitragsübersichten des Versicherers. Es sind je nach geplantem Aufenthaltsort und Aufenthaltsdauer passende Tarifvarianten abschließbar.

Der Beitrag wird in Beitragsübersichten als Monatsbeitrag ausgewiesen. Die Berechnung des zu zahlenden Beitrags erfolgt auf den Tag genau.

§ 6: Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

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

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

(3) Im Falle einer stationären Behandlung, vor einem Krankentrücktransport (siehe § 2 Absatz 6), vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder einer Überführung im Todesfall einer versicherten Person (siehe § 2 Absatz 8) ist unsere 24h-Notrufzentrale unverzüglich zu kontaktieren. Wir leiten dann die notwendigen Maßnahmen ein.

(4) Beginn und Ende eines Auslandsaufenthaltes sind uns bei Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

(5) Welche Unterlagen benötigen wir zur Leistungserbringung?

Wir benötigen sämtliche Originalbelege (z.B. Arzt- und Medikamentenrechnungen) sowie im Bedarfsfall amtlich beglaubigte Übersetzungen.

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 den 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 über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

Im Falle des Todes im Ausland benötigen wir – neben den Kostenbelegen – die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

(6) 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.

(7) Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

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

Wenn sich der Ersatzanspruch gegen eine in häuslicher Gemeinschaft lebende Person richtet, können wir den übergegan-

genen 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.

(8) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

Allgemeine Regelungen

§7: Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet ab Versicherungsbeginn.

(2) Abschluss des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer und der Erteilung des vollständig und korrekt ausgefüllten 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 die vollständigen Antragsdaten (inklusive vollständig und korrekt ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandat) zugehen.

(3) Ende der Versicherung

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt (auch darüber hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, siehe § 1 Abs. 4),
- b) mit dem Tod,
- c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im Ausland,
- d) spätestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Entfall der Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit. Ein Entfall der Versicherungsfähigkeit (s. §1 Abs. 2) ist uns unverzüglich anzuzeigen.

(4) Kündigung durch Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Gerichtsstand Düsseldorf.

§ 9: Verjährung

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

Datenschutzhinweise

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf
Telefon: 0211 355900-0
Fax: 0211 355900-20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

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

datenschutz@vigo-krankenversicherung.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

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

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

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

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

von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch 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.

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 | Dokumentvernichtung |
| Gutachter | Risiko- und Anspruchsprüfung |
| Inkassounternehmen | Forderungseinzug |
| IT-Dienstleister | Wartung der Informationstechnologie |
| Marktforschung | Marktforschung |
| Rechtsanwaltskanzleien | Vertragsangelegenheiten, Prozessführung |
| Rückversicherungsunternehmen | Monitoring |
| Wirtschaftsprüfer | Wirtschaftsprüfung/Revision |