

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)

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.

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.
- ✓ Rooming-in bei mitversicherten Kindern.
- ✓ Suche, Rettung, Bergung.
- ✓ Überführung oder Bestattung (im Todesfall).
- ✓ Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall.
- ✓ Assistance-Leistungen.

24h-Notrufzentrale: +49 211 355900-18

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

Details zum Leistungsumfang und zu der Nachhaltigkeitsklausel **Bonus bei emissionsarmen Reisen** 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.

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.

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 der gewählten Tarifvariante (Einzel- oder Familienversicherung) sowie dem Alter:

Alter	Einzelperson	Familie
bis 54 Jahre	21,60 €	46,80 €
55-74 Jahre	46,80 €	93,60 €
ab 75 Jahre	69,60 €	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.

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 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 ein Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zugehen.

Wesentliche Informationen zur Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ARN

(AuslandsReise.Nachhaltigkeit):

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

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der vigo Krankenversicherung VVaG

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

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

Bindefrist

Die Frist innerhalb derer Sie an den Antrag gebunden sind, beträgt sechs Wochen.

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)

Leistungen

§ 1: Leistungsvoraussetzungen

§ 2: Leistungsumfang / Nachhaltigkeitsklausel

§ 3: Leistungseinschränkungen

Vertragliche Pflichten

§ 4: Beitragszahlung

§ 5: Beitragshöhe

§ 6: Obliegenheiten

Allgemeine Regelungen

§ 7: Beginn und Ende der Versicherung

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

§ 9: Änderungen der Versicherungsbedingungen

§ 10: 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

- Schwangerschaftskomplikationen,
- Fehl- und Frühgeburt,
- medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und
- Tod.

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

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann den Tarif abschließen?

Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer Privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind.

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Bei der **Einzelversicherung** sind die im Versicherungsschein aufgeführten Personen versichert.

Bei der **Familienversicherung** ist der Versicherungsnehmer 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 im Reiseort frühgeborene Kinder besteht Schutz unter den Voraussetzungen von § 2 (10).

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das 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 endet – auch für Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses noch andauern.

Wenn eine im Ausland begonnene Behandlung über den Zeitpunkt des Ablaufs des Versicherungsschutzes fortgesetzt werden muss, leisten wir auch über die Dauer von 8 Wochen 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 alle hierzu erforderlichen Nachweise vorliegen.

Wir rechnen dann innerhalb von 7 Werktagen ab. Bei durch von uns verschuldeter Verzögerung leisten wir eine Verzugs pauschale in Höhe von 25 €.

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

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.

§ 2: Leistungsumfang Versicherungsschutz für Heilbehandlung

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

Bei ambulanten Behandlungen hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassen sind.

Heilpraktiker, Osteopathen und Chiropraktiker, die nach im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind, können ebenso gewählt werden.

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Es 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.

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

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

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

b) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie ärztlich oder von unter § 2 (1) genannten Behandlern verordnet worden sind.

c) Aufwendungen für Heilmittel

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für ärztlich und von unter § 2 (1) genannten Behandlern verordnete

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

d) Aufwendungen für Hilfsmittel

Wir ersetzen 100% für ärztlich oder von unter § 2 (1) genannten Behandlern verordneten Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden – mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten.

e) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für den medizinisch notwendigen

- Transport zur Versorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeignetem Behandler oder Krankenhaus,
- Verlegungstransport vom Behandler oder Krankenhaus zur Weiterversorgung beim nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeignetem Behandler 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 (auch Beratungen und Operationen),
- Krankenhausleistungen,
- Krankenpflege sowie
- 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.

c) Rooming-in

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

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

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für

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

(6) Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

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

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

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 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 der Überführung von Verstorbenen inklusive aller Formalitäten,
- Organisation des Rücktransportes der versicherten Person und ggf. ihrer versicherten Begleitperson,
- Ärztliche Abklärung der Transportfähigkeit (Flugtauglichkeitsbescheinigung),
- Arzt-Arzt-Gespräche zur Beurteilung der medizinischen Situation und zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung
- Erstellung von Kostenübernahmeerklärungen an ausländische Ärzte und Krankenhäuser nach telefonischer Deckungszusage ohne Begrenzung.

(8) Aufwendungen für Überführung oder Bestattung

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz.

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

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen bei Bestattung im Reiseland.

Die entstandenen Aufwendungen für Überführung oder Bestattung werden bis zu einer Summe von 10.000 € ersetzt.

(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 Reiseland bis zu einer Summe von 10.000 €.

(10) Aufwendungen für Frühgeburten

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen bei Frühgeburten am Reiseort bis zur 36. Schwangerschaftswoche – auch für neugeborene Kinder – im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.

Wir ersetzen 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 den Versand.

(12) Aufwendungen für Telefonate

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

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

Wir ersetzen 100% der Aufwendungen für 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 oder verstorben sind.

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

(14) Psychologische Betreuung bei Terror oder Todesfall

Wir ersetzen 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 Tagesgeldes 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 60 € 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. Voraussetzung ist, dass Sie von diesem nachweislich eine Erstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlungen oder Krankenrücktransport erhalten, für die wir ebenso bedingungsgemäß Leistungen in diesem Tarif vorsehen.

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

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

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) nach Vertragsabschluss eingetretene Versicherungsfälle für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt,
- b) Heilbehandlung, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren,
- c) 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 Krankheit während der Reise verursacht werden.

- d) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung bei regelrechtem Verlauf,
- e) Vorsorgeuntersuchungen,
- f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- g) Behandlung durch Ehegatten und Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet,
- h) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung mit Ausnahme der psychologischen Betreuung bei Terror oder Todesfall gemäß § 2 (14),
- i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung sowie
- j) bei Krankheiten und Unfällen, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

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

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 und können gemäß § 37 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vom Vertrag zurücktreten bzw. gemäß § 38 VVG kündigen.

§ 5: Beitragshöhe

a) Einzelversicherung

Der Jahresbeitrag beträgt für jede versicherte 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 versicherte 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.

b) Familienversicherung

Der Jahresbeitrag beträgt (abhängig vom Alter des ältesten Versicherten)

- 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 des ältesten Versicherten)

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

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

(3) In der Familienversicherung ist bei Änderung der ältesten versicherten Person das Geburtsdatum mitzuteilen.

(4) Beginn und Ende einer Auslandsreise 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. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld sowie Tagegeld bleiben hiervon unbenommen in voller Höhe bestehen

(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 übergegangenen 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.

Wenn die Annahmeerklärung nach Beginn der Auslandsreise abgesendet wird, besteht für diese Auslandsreise kein Versicherungsschutz.

(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 dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person.

§ 8: Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

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

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

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

§ 9: Änderungen der 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.

Datenschutzhinweise

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

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

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

datenschutz@vigo-krankenversicherung.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

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

Vermittler:

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

Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen:

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

Externe Dienstleister:

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

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Beschwerderecht

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

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

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Datenübermittlung in ein Drittland

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

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

Übersicht der Dienstleisterkategorien

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

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