

LEISTUNGSÜBERSICHT TARIF 2



vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium

Allgemein	
Bildung von Alterungsrückstellungen	0-19 Jahren: 19,90 Euro ab 20 Jahren: 16,90 Euro Ab dem 21. Lebensjahr werden Alterungsrückstellungen gebildet (Beiträge nach Art der Lebensversicherung)
Erläuterung zu Bildung von Alterungsrückstellungen: Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte, also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.	
keine Wartezeiten	
Erläuterung zu keine Wartezeiten: Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten.	
Verkürzung der Wartezeiten	
Erläuterung zu Verkürzung der Wartezeiten: Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.	
Erstattung ohne GKV-Vorleistung?	wenn keine GKV-Vorleistung vorgesehen ist, erfolgt eine Erstattung laut den Erstattungssätzen des jeweiligen Tarifs.
Erläuterung zu Erstattung ohne GKV-Vorleistung?: Zahnzusatztarife sind grundsätzlich als Ergänzung zur gesetzlichen Absicherung gedacht. Deshalb verlangen viele Tarife eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Beachten Sie bitte, dass es ohne Vorleistung der GKV zu einer pauschalen Kürzung kommen kann.	
Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten)	
Erläuterung zu Erstattung auch bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung (Privatärzten): Als Patient eines Privatarztes müssen Sie privatversichert sein oder aber die Behandlung selbst bezahlen. Privatärzte sind nämlich keine sogenannten „Vertragsärzte“ (früher: Kassenärzte): Sie haben keine Zulassung für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt deshalb die Kosten für eine Behandlung durch den Privatarzt nur, wenn es sich um einen Notfall gehandelt hat.	
Zahnstaffel	bei Versicherungsleistungen für die zahnerhaltenden, kieferorthopädischen sowie schmerz- und angstlindernden Maßnahmen gilt: im ersten Versicherungsjahr max. 250 Euro im zweiten Versicherungsjahr max. 500 Euro im dritten Versicherungsjahr max. 750 Euro ab dem vierten Versicherungsjahr und bei einem Unfall entfällt die Leistungsstaffel Für Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“) gilt keine Leistungsstaffel
Erläuterung zu Zahnstaffel: Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind. Bitte achten Sie darauf, ob es sich um ein Kalenderjahr (das erste Jahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres) oder Versicherungsjahr handelt.	
Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis	
Erläuterung zu Verzicht auf eine Begrenzung auf ortsübliche bzw. angemessene Preise und ein Preis-/ Leistungsverzeichnis : Einige Tarife haben zusätzlichen Preisverzeichnisse; Hilfs- & Heilmittel sowie Material- & Laborkosten werden dabei nur gemäß einer beiliegenden Liste erstattet. Andere Tarife haben in den Bedingungen festgeschrieben, dass sie nur angemessene oder ortsübliche Preise bezahlen.	
Zahnersatz	

Übernahme von Leistungen für Zahnersatz	
vollständige Erstattung (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnersatz)	
Erläuterung zu vollständige Erstattung (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnersatz): Diese Erstattung bezieht sich auf die nachfolgenden Leistungspunkte. Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, beachten Sie bitte den obenstehenden Leistungspunkt "Erstattung ohne GKV-Vorleistung".	
Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ	
Erläuterung zu Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ: Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarztthonorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.	
Erstattung für Implantate	
Erläuterung zu Erstattung für Implantate : Ein Implantat kann man sich als künstliche Zahnwurzel vorstellen. In einem kleinen operativen Eingriff bringt der Zahnarzt eine Art Schraube direkt in den Kieferknochen ein, die dort fest verankert wird und mit der Zeit in den Knochen einwächst. Damit bietet ein Implantat ideale Bedingungen für hohe Stabilität und lange Haltbarkeit	
Erstattung für Inlays	 100% inkl. Vorleistung der GKV
Erläuterung zu Erstattung für Inlays: Hochwertige Füllungen werden In- oder Onlay genannt. Diese werden in einem zahntechnischen Labor gefertigt und sind somit genauer an die Zahnschubstanz angepasst als Standardfüllungen. Mit dieser Zahnfüllung werden unter anderem die Folgen von Karies behandelt. Die angewandten Materialien können Amalgam, Gold oder aus Keramik sein. Auch sind Titan oder Kunststoff mittlere Optionen.	
Keramikblendschalen/Veneers	
Erläuterung zu Keramikblendschalen/Veneers: Veneers sind hauchdünne Keramikschalen, die überwiegend in der Oberkieferfront zum Einsatz kommen. Mit ihnen werden Fehlstellungen der Zähne ausgeglichen sowie Form- und Farbänderungen vorgenommen.	
Knochenaufbau	
Erläuterung zu Knochenaufbau: Damit ein Implantat im Kiefer fest einwachsen kann, muss vorher sichergestellt werden, ob genügend Kieferknochensubstanz vorhanden ist. Sowohl in der Breite als auch in der Höhe. Ansonsten besteht das Risiko, dass das eingesetzte Implantat keinen Halt hat und herausfällt. Beim Knochenaufbau wird das Zahnfleisch angehoben und die Substanz für den Aufbau eingebracht. Die Heilung dauert mehrere Monate.	
Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn	
Erläuterung zu Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn : Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind.	
Erstattung der Material- und Laborkosten	
Erläuterung zu Erstattung der Material- und Laborkosten: Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z.B. Kronen. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. "Materialkosten"), wie z.B. Material für den Zahnabdruck	
Berechnungsgrundlage	Gesamt Aufwendungen, mit Abzug von Vorleistungen
Zahnbehandlung	

Übernahme von Leistungen für Zahnbehandlung	
Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ	
Erläuterung zu Erstattung über den 3,5-fachen Höchstsatz der GOZ: Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarztthonorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.	
vollständige Erstattung für Zahnbehandlungs-Leistungen (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnbehandlung)	 100% inkl. Vorleistung der GKV
Erläuterung zu vollständige Erstattung für Zahnbehandlungs-Leistungen (gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Zahnbehandlung): Diese Erstattung bezieht sich auf die nachfolgenden Leistungspunkte. Sofern die GKV keine Vorleistung erbringt, beachten Sie bitte den obenstehenden Leistungspunkt "Erstattung ohne GKV-Vorleistung".	
vollständige Leistungserbringung für hochwertige Füllungen (keine Inlays)	
Erläuterung zu vollständige Leistungserbringung für hochwertige Füllungen (keine Inlays): Bei Kunststofffüllungen, die auch Kompositfüllungen genannt werden, handelt es sich um eine zahnfarbene Versorgung von kariösen Defekte an Frontzähnen und im Seitenzahnbereich. Die Füllungen werden in plastischem Zustand in das Zahnloch eingebracht und erhärten durch die chemische Abbindung.	
Wurzelbehandlung	
Erläuterung zu Wurzelbehandlung: Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.	
Parodontalbehandlung	
Erläuterung zu Parodontalbehandlung: Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.	
Fissurenversiegelung	 im Rahmen der professionellen Zahnreinigung
Erläuterung zu Fissurenversiegelung: Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.	
Zahn-Bleaching	
Schmerzstillende Maßnahmen	 100% für Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z.B. Akupunktur, Lachgas und Hypnose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.
Professionelle Zahnreinigung	
Übernahme von Leistungen für professionelle Zahnreinigung	
Vollständige Erstattung	 100% inkl. Vorleistung der GKV

Erläuterung zu Vollständige Erstattung:

Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL Leistung.

Keine Wartezeit	
Kieferorthopädie	
Übernahme von Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern/Jugendlichen	
Leistungserbringung ohne GKV-Vorleistung (KIG 1-2) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie	 100% bis max. 2.000 Euro während der Vertragslaufzeit
Erläuterung zu Leistungserbringung ohne GKV-Vorleistung (KIG 1-2) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie: Bei KIG 1 und 2 besteht nach Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die medizinische Notwendigkeit einer Maßnahme und somit auch keine Leistungspflicht. Das bedeutet, die Kosten sind immer vom Patienten zu tragen. Es besteht allerdings die Möglichkeit durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung diesen Bereich abzuschließen.	
Leistungserbringung mit GKV-Vorleistung (KIG 3-5) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie	 100% bis max. 2.000 Euro während der Vertragslaufzeit
Erläuterung zu Leistungserbringung mit GKV-Vorleistung (KIG 3-5) - gilt für die nachfolgenden Leistungspunkte im Bereich Kieferorthopädie: Für diese evtl. auftretenden Mehrkosten besteht ebenfalls die Option, diese durch den Abschluss einer privaten Zahnzusatzversicherung mit kieferorthopädischen Leistungen abzuschließen.	
Mini-Brackets	
Erläuterung zu Mini-Brackets: Mini-Brackets bestehen im Normalfall aus Metall. Diese Brackets sind einfach kleiner als „normale“ Brackets. Der Vorteil ist, dass es nicht nur schöner aussieht, sondern dass diese Brackets auch leichter zu reinigen sind. Mini-Brackets werden nicht von allen Zahnzusatztarifen erstattet. Es gibt einige Versicherer, die hier keine medizinische Notwendigkeit erkennen können.	
Kunststoff-/Keramik Brackets	
Erläuterung zu Kunststoff-/Keramik Brackets: Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähne, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnspange mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden.	
Unsichtbare Zahnspange (Invisalign)	
Erläuterung zu Unsichtbare Zahnspange (Invisalign): Die "unsichtbare Zahnspange". Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen	
Farblose Bögen	
Erläuterung zu Farblose Bögen: Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsitzenden Zahnspange verbindet kann auch farblos sein. Damit sind Zahnspangen weniger auffällig.	
Lingualtechnik	
Erläuterung zu Lingualtechnik: Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahnninnenseite angebracht wird.	
Festsitzende Retainer	

Erläuterung zu Festsitzende Retainer:

Der sogenannte "Retainer" ist eine Nachsorge-Maßnahme und sichert den dauerhaften Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung ab. So handelt es sich bei einem Retainer im Prinzip um einen "Zahn-Stabilisator", der die Zähne in der Position zum Zeitpunkt des erfolgreichen Abschlusses einer KFO-Behandlung hält.

Kieferorthopädische Funktionsanalyse	
Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Altersgrenze - sofern vorhanden - beachten)	 nur bei Unfall bis 2.000 Euro
Besonderheiten	
Gibt es Besonderheiten?	--
Annahmerichtlinien	
unbegrenzte Anzahl von fehlenden Zähnen	 entfällt (keine Gesundheitsfragen)
kein Zuschlag pro fehlendem Zahn	entfällt (keine Gesundheitsfragen)
Mitversicherung der fehlenden Zähne bei Annahme (Voraussetzung s.o. Leistungspunkt)	entfällt (keine Gesundheitsfragen)
keine Gesundheitsfragen (sofern grüner Haken)	

Legende:  = versichert (im Rahmen der Bedingungen)  = eingeschränkt versichert  = nicht versichert

Dieses Druckstück dient nur der vorläufigen Information und ist eine unverbindliche Übersicht und Orientierungshilfe.

Wir als Versicherungsmakler übernehmen keine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der berücksichtigten Tarif-, Beitrags- und Leistungsdaten und allgemeinen Hinweisen.

Kosten, Umfang sowie Leistungen des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den besonderen Bestimmungen der Tarife, der Versicherungspolice sowie weiteren schriftlichen Vereinbarungen.

Dieser Leistungsvergleich wurde am 31.07.2025 erstellt.

Erläuterungen zu den Leistungspunkten

Wir wollen, dass Sie verstehen, was Ihnen ein Tarif bieten kann. Denn viele Begriffe aus der Versicherungswelt können für einen Kunden verwirrend sein und zu Missverständnissen führen. Auf den nachstehenden Seiten beschreiben wir daher die einzelnen Leistungspunkte rund um die Zahnzusatzversicherung etwas anschaulicher. Wenn trotzdem noch Fragen offen bleiben sollten, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir sind als Ihr Ansprechpartner für alle Bereiche der Vorsorge sehr gerne für Sie da!



© WavebreakMediaMicro, Fotolia #73985885

Preis-Leistungs-Verzeichnis

Im Gegensatz zu zahnärztlichen Honoraren, welche in der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) einheitlich geregelt sind, gibt es für Zahnersatzmaterialien keine Einheitspreise – die Kosten schwanken je nach zahntechnischem Labor teilweise erheblich. Um sich hier abzusichern, arbeiten einige Versicherungsgesellschaften mit festgelegten Preisverzeichnissen, in dem maximal erstattungsfähige Beträge für zahntechnische Laborleistungen und Materialkosten aufgeführt werden.

IGeL-Leistungen

Es gibt medizinische Leistungen, die Sie als Kassenpatient in der Arztpraxis selbst bezahlen müssen. Diese Leistungen heißen Individuelle Gesundheitsleistungen oder kurz IGeL.

Prof. Zahnreinigung (PZR)

Die professionelle Zahnreinigung ist eine Intensivreinigung Ihrer Zähne mit Spezialinstrumenten. Ziel ist es, krank machende und kosmetisch störende Beläge zu entfernen, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen. Die sog. PZR ist eine IGeL-Leistung.

Alterungsrückstellungen

Bildet ein Vertrag Alterungsrückstellungen, legt die Versicherung von dem gezahlten Beitrag immer einen kleinen Teil als Sparbeitrag zurück. Mit diesem Sparstrumpf soll die Preissteigerung durch steigendes Alter und damit höherem Risiko ausgeglichen werden. Theoretisch zahlt der Versicherte also während der gesamten Vertragslaufzeit den gleichen Beitrag.

GOZ

Die Gebührenordnung für Zahnärzte bestimmt die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen für Versicherte. Darüber hinaus regelt sie die Abrechnungshöhe für den Anteil von Behandlungen, die von den Kassenpatienten selbst übernommen werden müssen.

Höchstsätze GOZ

Unter dem Höchstsatz in der GOZ wird allgemein der 3,5-fache Satz für Zahnarzt Honorare, der 2,5-fache für technische Leistungen und 1,3-fache Satz für Laborleistungen verstanden.

Wartezeiten

Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten. Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.

Zahnstaffel

Zahnzusatztarife leisten meist nicht sofort in voller Höhe, die Leistungen sind entweder dauerhaft oder in den ersten Jahren begrenzt. Da Zahnzusatztarife häufig für mehrere Bereiche (Zahnersatz, Zahnerhalt, Kieferorthopädie, Prophylaxe) leisten, gelten oft auch die Summenbegrenzungen für die einzelnen Bereiche gesondert. Diese entfallen in der Regel, wenn die Kosten nachweislich auf einen eingetretenen Unfall nach Versicherungsbeginn zurückzuführen sind.

Heil- und Kostenplan

Der Heil- und Kostenplan wird von Ihrem Zahnarzt erstellt, wenn Sie Zahnersatz benötigen. Ihr Zahnarzt dokumentiert dort den aktuellen Zahnstatus, welche Behandlungen erfolgen sollen und wie hoch die voraussichtlichen Kosten sind.

Wurzelbehandlung

Eine Wurzelbehandlung, auch Wurzelkanalbehandlung, ist eine zahnmedizinische Methode, abgestorbene oder entzündete Zähne von ihrer Entzündung zu befreien und sie dadurch vor der Herausnahme zu bewahren.

Paradontalbehandlung

Als Parodontose wird umgangssprachlich oft die Parodontitis bezeichnet, die eine entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats ist und die einen Rückgang von Knochen und Zahnfleisch bewirkt. Unbehandelt führt diese früher oder später zunächst zur Lockerung und später zum Verlust der Zähne.

Zahnzusatzversicherung

Fissurenversiegelung

Die Fissurenversiegelung ist eine prophylaktische Maßnahme. Fissuren sind kleine Einkerbungen auf der Kaufläche eines Zahnes, welche an den großen Backenzähnen oft besonders ausgeprägt sind. Diese sind in der Tiefe meist so fein, dass sie nur schlecht zu reinigen und daher besonders anfällig für Karies sind. Um einer Karies vorzubeugen, werden die Fissuren versiegelt.

Brackets

Brackets sind kleine Halterungen für kieferorthopädische Bogendrähne, die im Zuge einer Behandlung mit einer festen Zahnspange mit Hilfe eines speziellen Klebers auf dem Zahn befestigt werden.

Invisalign

Die „unsichtbare Zahnspange“. Dabei werden transparente, herausnehmbare Schienen („Aligner“) gefertigt, die dann getragen werden. Diese herausnehmbaren Schienen sind aufgrund des durchsichtigen Materials auf den Zähnen fast nicht zu sehen.

Kieferorthopädische Funktionsanalyse

Gnathologie, auch Funktionsdiagnostik oder Funktionsanalyse genannt, befasst sich mit der Funktion der Kiefer, also der Beziehung von Ober- und Unterkiefer zueinander. Hier können vielfältige Störungen auftreten, die wiederum eine Vielzahl von Beschwerden verursachen können, z. B. schmerzende oder knackende Kiefergelenke. Mittels der Funktionsdiagnostik wird der Ursache der Beschwerden auf den Grund gegangen, um nachfolgend geeignete Therapiemaßnahmen festlegen zu können.

Implantat

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel und dient dem Ersatz fehlender Zähne. Implantate sind eine sehr flexible Art des Zahnersatzes, denn auf ihnen können, je nach vorhandener Situation, sowohl Kronen als auch Brücken oder Prothesen verankert werden. Sie bieten somit die Möglichkeit, einen einzelnen Zahn bis hin zum vollständig zahnlosen Kiefer mit einem Zahnersatz zu versorgen.

Inlay

Ein Inlay, auch Einlagefüllung genannt, ist eine Art einer Zahnfüllung. Sie stellt eine Alternative zu einer herkömmlichen plastischen Zahnfüllung dar. Der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Inlays liegt im Aufwand der Herstellung.

KIG

Die „kieferorthopädische Indikationsgruppe“ (KIG) 1 bis 5 bezeichnet den Schweregrad einer Zahn- oder Kieferfehlstellung, wobei die GKV bei Einstufung in KIG 3 (ausgeprägte Zahnfehlstellungen), KIG 4 (stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen) und KIG 5 (extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen) leistet, nicht bei KIG 1 (leichte Zahnfehlstellungen) und 2 (Zahnfehlstellungen geringer Ausprägung).

Farblose Bögen

Der Bogen, der einzelne Brackets einer festsitzenden Zahnspange verbindet, kann auch farblos sein. Damit sind Zahnspangen weniger auffällig.

Lingualtechnik

Die Lingualtechnik ist ein kieferorthopädisches Behandlungsverfahren, bei dem die feste Spange (Lingualspange) auf der Zahninnenseite angebracht wird.

Material- und Laborkosten

Die Laborkosten sind Kosten für zahntechnische Anfertigungen im Labor, z. B. Implantate. Außerdem gibt es berechenbare Verbrauchsmaterialien in der Zahnarztpraxis (sog. „Materialkosten“), wie z. B. Material für den Zahnabdruck.

Festzuschuss

Für in Deutschland gesetzlich Krankenversicherte gibt es bei Behandlungen für Zahnersatz das so genannte befundbezogene Festzuschuss-system. Für jede Maßnahme mit Zahnersatz muss es einen Befund geben, der dann über einen Heil- und Kostenplan der Krankenkasse zu melden ist, sofern eine Behandlung gewünscht wird. Für jeden Befund gibt es einen in einer Liste festgesetzten Zuschuss. Der Patient kann seinen Festzuschuss durch ein regelmäßig geführtes Bonusheft erhöhen. Im Bereich Zahnerhalt, z. B. für Wurzelbehandlungen, gibt es KEINE befundbezogenen Festzuschüsse, sondern ein Punktesystem, wobei jeder Punkt dann einen bestimmten Wert hat.

Pauschaler/fiktiver Abzug bei Privatarzt

Eine Zahnzusatzversicherung ist normalerweise als Zusatz zur gesetzlichen Krankenversicherung konzipiert und soll somit die Lücke zwischen der Regelversorgung durch die Krankenkasse und der höherwertigen privatärztlichen Versorgung decken. In der Regel leisten die Zahnzusatz-tarife daher auch nur dann, wenn zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Anspruch genommen werden. Die meisten reinen Privat Zahnärzte haben aber keine Kassenzulassung, daher nehmen die Versicherer oft eine pauschale Leistungskürzung vor.

Private Krankenversicherung

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

Produkt: vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP)

Dieses Blatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Informationen sind daher nicht abschließend.

Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in den Vertragsunterlagen (Antrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe (inklusive der professionellen Zahnreinigung „PZR“).
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kunststoff- und Kompositfüllungen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays).
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Aufbissbehelfe und Schienen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Parodontose- und Wurzelbehandlungen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für bis zu insgesamt 2.000 € während der Vertragslaufzeit für Kieferorthopädiemaßnahmen.
- ✓ 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen.

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die vor Vertragsbeginn stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).
- ✗ Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen,
- ✗ zahnauftellende oder sonstige kosmetische Maßnahmen und
- ✗ auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den AVB (§ 3).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

- ! In den ersten drei Versicherungsjahren gelten Erstattungsgrenzen („Leistungsstaffel“).
- ! Es erfolgt eine Begrenzung der Gesamterstattung auf die Summe der Aufwendungen unter Anrechnung von Vorleistungen Dritter (z.B. GKV oder andere Zusatzversicherung).
- ! In Fällen, in denen zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien das medizinisch notwendige Maß übersteigen, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Weitere Einschränkungen können sich z.B. ergeben bei Aufenthalten im Ausland, Beitragsrückständen oder bei Verletzung von Obliegenheiten.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR.
- ✓ Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie oder die versicherte Person müssen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und des Umfangs erforderlich sind.
- Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Heilung entgegensteht.
- Zu beachten sind die in den AVB (§ 6) aufgeführten Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten).

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann zur Folge haben, dass wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein können.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe des Beitrages ergibt sich aus dem Alter und ist der Beitragsübersicht zu entnehmen
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Nicht jedoch vor dem dort genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Die Vereinbarung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist Voraussetzung.

Details zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB (§ 4).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.
- Die Versicherung endet u. a. bei Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV, Kündigung, Tod der versicherten Person oder Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag – nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
- Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken.
- Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.

Wesentliche Informationen zur privaten Ergänzungsversicherung nach Tarif vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP):

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

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der vigo Krankenversicherung VVaG

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

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

Identität des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Sitz: Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160
Telefon: 0211 – 355900 – 0
Fax: 0211 – 355900 – 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Mitglieder des Vorstands sind:
Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Vorsitzender des Aufsichtsrates ist Werner Greilich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

Angaben zum Garantiefonds

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung sowie die Pflegezusatzversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Zustandekommen des Vertrages

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so genannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Versicherungsantrag, nachdem Sie die Versicherungsbedingungen erhalten haben. Der Versicherungsschein wird Ihnen in Textform übersandt.

Der Vertrag kommt zustande, wenn wir Sie über die „Wesentlichen Informationen“ vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und von Ihrem Widerrufsrecht (nachfolgend erläutert) keinen Gebrauch gemacht haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform

zugelassen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Brief: **vigo** Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Fax: 0211 – 35 59 00 - 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Folgen des Widerrufs:

Üben Sie das Widerrufsrecht rechtswirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie am Sitz der **vigo** Krankenversicherung VVaG in Düsseldorf klagen. Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

Sprache

Die gesamte Kommunikation – auch während der Vertragslaufzeit – zwischen der **vigo** Krankenversicherung VVaG und Ihnen erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind stets bemüht, das Vertragsverhältnis zu Ihrer Zufriedenheit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen, so steht Ihnen das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

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

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern.

Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt davon unberührt.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

An diese Aufsichtsbehörde können Sie Beschwerden richten, sofern eine vorige Klärung mit uns erfolglos verlief.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Ergänzungsversicherung Tarif vigo 4YOU Zahnvorsorge Premium (ZVP)

Leistungen

- § 1. Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich
- § 2. Leistungsumfang
- § 3. Leistungseinschränkungen und Wartezeit

Vertragliche Pflichten

- § 4. Beitragszahlung
- § 5. Beitragshöhe
- § 6. Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

Allgemeine Regelungen

- § 7. a) Beginn und Ende der Versicherung
b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung
- § 8. Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache
- § 9. Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen
- § 10. Verjährung

Leistungen

§ 1 Leistungsvoraussetzungen, Versicherungsfähigkeit und Geltungsbereich

(1) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Der Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen an bei Vertragsschluss vorhandenen oder dauerhaft ersetzten Zähnen der versicherten Person.

Herausnehmbare Teil- oder Vollprothesen sowie Brücken, Kronen und Implantate der versicherten Person gelten als dauerhaft ersetzte Zähne im Sinne dieser Bestimmungen.

Als Versicherungsfall gelten auch

- zahnprophylaktische Leistungen (einschließlich der professionellen Zahnreinigung / „PZR“) und
- kieferorthopädische Behandlungen nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Dazu zählen alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses stattfinden, notwendig, geplant oder (zahn)ärztlich bzw. kieferorthopädisch angeraten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung).

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die eine Behandlung medizinisch notwendig macht. Biss- oder Kauvorgänge, die zu Zahnschäden führen (z.B. beim Essen) definieren wir nicht als Unfall.

(2) Versicherungsfähigkeit und versicherte Personen

a) Wer kann den Tarif abschließen?

Versicherungsfähig sind Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

b) Für wen besteht Versicherungsschutz?

Es sind die im Versicherungsschein aufgeführten Personen versichert.

(3) Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet die Versicherung.

§ 2 Leistungsumfang

(1) Tarifliche Leistungen und Innovationsgarantie

Der Tarif bietet den versicherten Personen einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der Grundabsicherung (GKV oder Heilfürsorge) sinnvoll ergänzt.

Leistungen, welche Ihre Grundabsicherung oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt (Vorleistungen), sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Nicht ausgeglichen wird ein etwaig für die versicherte Person vereinbarter Selbstbehalt wie z.B. aufgrund eines gewählten GKV-Wahltarifs mit Selbstbehalt oder zu tragende Eigenanteile im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme.

Wenn die Grundabsicherung in Anspruch genommen worden ist, aber nicht vorgeleistet hat, leisten wir im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

Die mit den jeweils versicherten Leistungen verbundenen zahntechnischen Arbeiten (Material- und Laborkosten) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstatten wir zu ortsüblichen, angemessenen Preisen.

Wir garantieren Ihnen, dass sämtliche heute noch unbekannte zahnmedizinischen Prophylaxe-, Zahnbehandlungs-, kieferorthopädischen, schmerz- sowie angstlindernden Maßnahmen nach den nachfolgenden Ziffern auch zukünftig versichert sind.

(2) Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“)

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen („PZR“ – ohne Bleaching) oder Prothesenreinigung und
- für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Fissurenversiegelung und Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung).

(3) Zahnerhaltende Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- Kunststoff- und Kompositfüllungen (einschließlich Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik),
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays),
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscherschienen und DROS-Schienen), die nicht in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen und
- Parodontose- und Wurzelbehandlungen.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstafel (siehe Absatz 6).

(4) Kieferorthopädie

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu insgesamt 2.000 € während der Vertragslaufzeit für Kieferorthopädiemaßnahmen.

Wir erstatten die Kosten für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für kieferorthopädische Leistungen (z. B. Kunststoffschienen nach dem Alignerverfahren, Retainer, herausnehmbare oder festsitzende Zahnsparungen, Außensparungen).

Wir erstatten auch die Kosten für darüber hinausgehende Mehrleistungen, wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnsplangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.

Im Zusammenhang mit diesen Leistungen erstatten wir auch die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

Voraussetzung für unsere Leistung für Kieferorthopädie (KIG 1-5) ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Maßnahme das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls eintritt, der eine kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig macht.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(5) Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Wir erstatten – nach etwaiger Vorleistung Dritter (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung) – 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

- für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z.B. Akupunktur, Lachgas und Hypnose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.

Die schmerz- und angstlindernden Maßnahmen müssen in einer zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxis stattfinden.

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre gilt eine Leistungsstaffel (siehe Absatz 6).

(6) Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ist die Versicherungsleistung für die zahnhalternden, kieferorthopädischen sowie schmerz- und angstlindernden Maßnahmen beschränkt („Leistungsstaffel“):

- im ersten Versicherungsjahr auf höchstens 250 Euro;
- im zweiten Versicherungsjahr auf höchstens 500 Euro;
- im dritten Versicherungsjahr auf höchstens 750 Euro.

Ab dem vierten Versicherungsjahr entfällt die Leistungsstaffel.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfällt hierfür die Leistungsstaffel.

Für Prophylaxe – inklusive professioneller Zahnreinigung / („PZR“) gilt keine Leistungsstaffel.

(7) Zugelassene Behandler

Die versicherte Person kann einen niedergelassenen approbierten Zahnarzt oder Arzt frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind, dies sind z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Erstattungsfähig sind zudem Aufwendungen einer stationären zahnärztlichen Behandlung, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann und die GKV beziehungsweise die Heilfürsorge die allgemeinen Krankenhausleistungen der stationären zahnärztlichen Behandlung trägt.

§ 3 Leistungseinschränkungen und Wartezeit

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

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) zahnärztliche bzw. ärztliche Maßnahmen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- b) Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind (Ausnahmen: Prophylaxe einschließlich der professionellen Zahnreinigung),
- c) Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate),
- d) zahnauhellende oder sonstige kosmetische Maßnahmen,
- e) auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen und

- f) Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Die Erstattung ist – unter Berücksichtigung von Leistungen mehrerer Kostenträger – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.

(3) Weitere Einschränkungen können sich ergeben, wenn Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“, siehe § 6) vorsätzlich verletzt werden.

(4) Wartezeiten

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

Vertragliche Pflichten

§ 4 Beitragszahlung

(1) Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

a) Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie der Beitragsübersicht (Neuzugangsbeitrag) bzw. Ihrem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Maßgeblich für die Bestimmung des Beitrages ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (Eintrittsalter).

Für Personen, die das 20. Lebensjahr während der Laufzeit des Vertrages vollenden, ist jeweils ab Beginn dieses Kalenderjahres der diesem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag (gemäß der jeweils aktuell gültigen Beitragsübersicht) zu zahlen.

b) Wann ist der Beitrag zu zahlen?

Der Beitrag ist monatlich zu zahlen und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ergibt sich aus dem jeweils aktuell gültigen Versicherungsschein.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.

Alle weiteren Beiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Die Beitragszahlung gilt als rechtzeitig, wenn

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

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, gilt die Beitragszahlung noch als rechtzeitig.

2) Folgen einer verspäteten Beitragszahlung

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

§ 5 Beitragshöhe

Die jeweils gültigen Beiträge sind der Beitragsübersicht bzw. dem Versicherungsschein (separates Dokument) zu entnehmen.

§ 6 Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“)

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

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

(3) Die versicherten Personen haben möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

(4) Wie wird die Kostentragung für Auskunftseinholungen gehandhabt?

Wurden Gutachten, Stellungnahmen oder sonstige Unterlagen auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen bzw. dem Rechnungssteller die entstandenen Kosten.

(5) Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

(6) Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

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

Allgemeine Regelungen

§ 7 a) Beginn und Ende der Versicherung

(1) Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines).

Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.

(2) Dauer und Abschluss des Vertrages

Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart wurde. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn, also nach dem 01.01., beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages durch den Versicherer und der Erteilung des vollständig und korrekt ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandates zustande.

(3) Ende der Versicherung

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Der Vertrag endet

- mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben,
- mit Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer. Diese kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres und muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat. Sie können die Tarife auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Die Kündigung ist dann aber nur wirksam, wenn die betroffene versicherte Person nachweislich über Ihre Kündigung informiert ist,
- bei Nichtzahlung des Beitrages (siehe § 4 Abs. 2) und
- bei Beendigung der Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise der Heilfürsorge oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz.

§ 7 b) Rechnungsanforderungen und Leistungsauszahlung

(1) Welche Unterlagen benötigen wir zur Leistungserbringung?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. GKV und/oder andere Zusatzversicherung), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben.

Die Belege müssen den Namen des Rechnungsausstellers, die einzelnen Leistungen, einschließlich der Diagnosen, den Behandlungszeitraum sowie den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen.

Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen für die Bearbeitung länger als vier Wochen brauchen, erhalten Sie auf Antrag eine Abschlagszahlung. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes

Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

§ 8 Recht, Gerichtsstand und Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht. Wir kommunizieren in deutscher Sprache.

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

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

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

§ 9 Änderungen der Beiträge oder Versicherungsbedingungen

(1) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

Wir vergleichen mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Dieser Vergleich wird für jede Beobachtungseinheit des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren entsprechend § 15 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) durchgeführt. Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 7 %, können wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von mehr als 10 % müssen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Eine Beitragsänderung können wir nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders durchführen.

Die Änderung und die Gründe dafür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Das gilt auch bei erfolgten Altersgruppen-Umstufungen gemäß § 4 (1) a).

(2) Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Im Falle von dauerhaften Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens (z.B. durch Gesetzesänderungen) können wir die Versicherungsbedingungen an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir

Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

Unter diesen Voraussetzungen sind wir zudem berechtigt, tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze, auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen.

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können Regelungen in den Versicherungsbedingungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben wirksam.

§ 10 Verjährung

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

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 verbindlich 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
Gaurheindorfer 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

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 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