

vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf

Antrag vigo Zusatzversicherung

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

Antragsteller/ Versicherungs- nehmer

(Bitte nur den Namen
einer Person eintragen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____
Name _____		Vorname _____
Straße/Hausnummer _____		
PLZ/Wohnort _____		
Telefon tagsüber* _____		
E-Mail-Adresse* (wird auch für SEPA Pre-Notification genutzt) _____		
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____		

* freiwillige Angabe

Ich beantrage den Versicherungsschutz nach dem/den angekreuzten Tarif(en).
Der Vertrag wird grundsätzlich für **zwei** Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

Zu versichernde Person(en)

1. Person

Name, Vorname _____
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____
Geschlecht männlich weiblich
Familienstand ledig verheiratet
Staatsangehörigkeit deutsch andere: _____

Ausgeübter Beruf
Berufsgruppe Arbeitnehmer(in) Selbstständig
 Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst

Beruf _____

2. Person

Name, Vorname _____
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____
Geschlecht männlich weiblich
Familienstand ledig verheiratet
Staatsangehörigkeit deutsch andere: _____

Ausgeübter Beruf
Berufsgruppe Arbeitnehmer(in) Selbstständig
 Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst

Beruf _____

Gewünschte(r) Tarif(e)

1. Person

Klinik2Bett *
 Klinik1Bett *
 KlinikArzt
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 ZahnErsatz
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 ZahnBehandlung
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 Krankenhaustagegeld _____ EUR Tagessatz
Monatlicher Tarifbeitrag _____ EUR

2. Person

Klinik2Bett *
 Klinik1Bett *
 KlinikArzt
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 ZahnErsatz
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 ZahnBehandlung
 Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
 Krankenhaustagegeld _____ EUR Tagessatz
Monatlicher Tarifbeitrag _____ EUR

* Sind Kinder alleine versichert, wird Jahreszahlung erhoben. Beginnt der Versicherungsschutz im Laufe eines Jahres, ergibt sich der Erstbeitrag aus der Summe der monatlichen Beiträge bis zum 31.12.. Der jeweilige Jahresbeitrag wird zu Beginn eines jeweiligen Kalenderjahres fällig.

Gewünschter Versicherungsbeginn 01. ____ . 201__

Bitte beachten Sie: Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden Fragen können uns berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten (§ 19 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz [VVG]), ihn zu kündigen (§ 19 Abs. 3 VVG) oder anzupassen (§19 Abs. 4 VVG), was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Gesundheitsfragen für Tarife Klinik, Krankenhaustagegeld, Naturheilkunde

1. Person

1. Bestehen Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen oder Gebrechen oder haben solche in den letzten 5 Jahren bestanden? (Beschwerden sind auch anzugeben, sofern sie [noch] nicht ärztlich behandelt werden)

Nein Ja

2. Person

Nein Ja

2. Sind Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen vorgesehen oder angeraten?

Nein Ja

Nein Ja

3. Sind die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler behandelt, untersucht oder beraten worden?

Nein Ja

Nein Ja

4. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha oder Klinik) stattgefunden, oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?

Nein Ja

Nein Ja

5. Wurden bzw. werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Nein Ja

Nein Ja

6. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „Ja“, in welchem Monat?

Nein Ja, Monat: _____

Nein Ja, Monat: _____

7. Für Personen über 16 Jahre:

Körpergröße: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Wird eine der Fragen 1. bis 5. mit „Ja“ beantwortet, sind nachstehend immer ausführliche Angaben, ggf. auf einem gesonderten Blatt zu machen.

Person	Frage	Angaben über Art der Erkrankungen (genaue Diagnose), Behandlungen, Operationen usw. Bei Vorsorge- und Routineuntersuchungen immer Befund angeben	Sämtliche Behandlungen, Beobachtungen, Untersuchungen		Liegt eine völlige Ausheilung vor?		Wenn „Ja“, seit wann?	Namen und Anschriften der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten und Heilstätten (ggf. auf einem besonderen Blatt)
			Beginn	Ende	Ja	Nein		

Gesundheitsfragen für Zahntarife

1. Person

8. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind?

Nein Ja, welche:

9. Sind bereits Zähne mit Implantaten versorgt?

Nein Ja, welche:

10. Findet zurzeit eine zahnärztliche, implantologische oder kieferorthopädische Behandlung statt (inkl. Inlay/Onlay) oder ist eine solche beabsichtigt oder schon angeraten? (Wenn „Ja“, welche? Ggf. bitte Heil-/Kostenplan vorlegen)

Nein Ja

11. Besteht eine Parodontose/Parodontitis?

Nein Ja

2. Person

Nein Ja, welche:

Nein Ja, welche:

Nein Ja

Nein Ja

Wird eine der Fragen 8. bis 10. mit „Ja“ beantwortet, sind nachstehend immer ausführliche Angaben, ggf. auf einem gesonderten Blatt zu machen.

Person	Frage	Welche zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen erfolgen derzeit, sind angeraten bzw. beabsichtigt? Art des Zahnersatzes (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen), genaue Anzahl der versorgten Zähne und Behandlungsjahr	Namen und Anschriften der Zahnbehandler (ggf. bitte das Beiblatt zum Antrag für nähere Angaben verwenden)

Einwilligung und Schlusserklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)“. Bitte beachten Sie besonders die Ermächtigung zur Datenverarbeitung.

Mit Ihrer Unterschrift unter den Antrag machen Sie die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrages. Sie bestätigen zudem mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Produktinformation und die Kundeninformation nach § 1 VVG-Informationsverordnung, sowie die Datenschutzerklärung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ort und Datum

Ort und Datum

Unterschrift der 1. zu versichernden Person, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der 2. zu versichernden Person, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Erteilung des SEPA-Last- schriftmandats

Ihre Mandatsreferenznummer: Wird Ihnen später separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die vigo Krankenversicherung VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der vigo Krankenversicherung VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte spätestens 5 Tage vor Abbuchung gesondert Nachricht über die bevorstehende Abbuchung, sofern es sich um eine erstmalige Abbuchung oder einen geänderten Abbuchungsbetrag handelt.

Herr/Frau/Firma	
Name Kontoinhaber	Vorname Kontoinhaber
Straße/Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
D E	
IBAN	BIC
Name des Kreditinstituts	
<i>vigo Krankenversicherung VVaG DE19ZZZ00000294410</i>	
Zahlungsempfänger	Gläubiger-Identifikationsnummer
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o. g. Kontoinhaber ist:

Name	Vorname
------	---------

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Kontoinhaber weiterleiten.

Ort und Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
---------------	--------------------------------

Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten muss. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen werden mir zusammen mit den übrigen Versicherungsunterlagen vor Antragstellung zugesandt; es sei denn, ich wünsche eine spätere Zusendung.

Sofern der Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tag, an dem die Untersuchungsberichte bei dem Versicherer eingehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichfrist.

Schweigepflichtentbindungserklärung/Datenschutzerklärung

Soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, erhebt der Versicherer personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden. Hierzu erteile ich als betroffene Person meine Einwilligung – auch schon vor Abgabe der Vertragserklärung. Vor jeder Datenerhebung werde ich unterrichtet und kann der Erhebung widersprechen.

Als betroffene Person kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils von mir in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Im Übrigen wird die Einhaltung der Datenschutzvorschriften von unserem betrieblichen Datenschutzbeauftragten in Ihrem Interesse laufend überwacht. Für Auskünfte oder Erläuterungen kann ich mich auch direkt an ihn wenden:

Datenschutzbeauftragter – vigo Krankenversicherung VVaG – 40024 Düsseldorf

Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Als Versicherungsnehmer kann ich meine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung (§ 8 Abs. 1 VVG).

Aufsichtsführende Stelle

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 19 Abs. 1 – 4: Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers, rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 194 Abs. 1: Anzuwendende Vorschriften

Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat.

§ 28 Abs. 2 – 3: Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

vigo Krankenversicherung VVaG

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

Einwilligungsklauseln zum Datenschutz (Bundesdatenschutzgesetz – BDSG)

Mit meiner Unterschrift willige ich ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen und der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an Vermittler sowie an Unternehmen, die mit Serviceleistungen beauftragt sind, weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten – zum Zwecke der Vertrags- und Leistungsbearbeitung an das Tochterunternehmen Düsseldorf Agentur- und Vertriebsgesellschaft mbH (DAVG) weitergibt.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Antragstellung das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Sofern ich eine Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterschrieben habe, gilt diese Einwilligung nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte und ich dieses zusammen mit dem Versicherungsschein erhalte.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an

vigo Krankenversicherung VVaG

Vertreten durch den Vorstand:

Dieter Turowski (Vorsitzender), Willi Tiltmann, Micha Hildebrandt, Stefan Schumacher

Adresse: Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf

Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf

Telefon: 0211 355900-0

Telefax: 0211 355900-20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; wir verzichten allerdings auf diesen Betrag, so dass ein Betrag in Höhe von 0,00 Euro anfällt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre vigo Krankenversicherung VVaG

Bankverbindungen:

Commerzbank Düsseldorf
IBAN: DE32 3004 0000 0188 2265 00
BIC: COBADEFFXXX

Vorstand:

Dieter Turowski (Vorsitzender)
Willi Tiltmann
Micha Hildebrandt
Stefan Schumacher

Aufsichtsrat:

Hans Siebels (Vorsitzender)

Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf
HRB 21 160