vigo
KRANKENVERSICHERUNG VVaG

vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf

Antrag zur Pflegetagegeldversicherung
Düsseldorfer Pflegegeld

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

Angaben zum Antragsteller

☐ Frau ☐ Herr Titel

Nachname Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon tagsüber*

E-Mail-Adresse* (wird auch für SEPA Pre-Notification genutzt)

Geburtsdatum TTMMJJJJ Staatsangehörigkeit

* freiwillige Angabe

Erklärung zum Beratungsrecht

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich vor Antragstellung objektiv und in verständlicher Form beraten wurde und eine wohlinformierte Entscheidung treffen konnte. Der Vertrag entspricht demgemäß meinen Wünschen und Bedürfnissen. Die Beratungsdokumentation dazu wurde mir (in Papierform, per E-Mail oder auf einem dauerhaften Datenträger) überlassen.

☐ Ich verzichte vor Abschluss des Versicherungsschutzes auf eine Beratung. Mir ist bekannt, dass sich mein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer und/oder Versicherungsvermittler Schadenersatzansprüche wegen einer Pflichtverletzung im Zusammenhang mit der Beratung zum gewünschten Versicherungsschutz geltend zu machen.

Ort und Datum

X Unterschrift des Antragstellers

Angaben zum gewünschten Versicherungsschutz:

1. zu versichernde Person

☐ Frau ☐ Herr Titel _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ Staatsangehörigkeit

Derzeitige berufliche Tätigkeit oder Status (z.B. Altersrentner, Arbeitssuchender), seit MM/JJJJ

Bei welcher GKV/PKV bestand in den letzten 24 Monaten Krankenversicherungsschutz?

2. zu versichernde Person

☐ Frau ☐ Herr Titel _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ Staatsangehörigkeit

Derzeitige berufliche Tätigkeit oder Status (z.B. Altersrentner, Arbeitssuchender), seit MM/JJJJ

Bei welcher GKV/PKV bestand in den letzten 24 Monaten Krankenversicherungsschutz?

Pflegetagegeld nach Pflegegraden (PT)

Es müssen mindestens die Pflegegrade 4 und 5 versichert werden. Das Pflegetagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 darf das versicherte Pflegetagegeld für den jeweils nächst höheren Pflegegrad nicht überschreiten.
Abschließbar sind für die Pflegetagegelder das Vielfache von 5 €. Die Mindestabsicherung beträgt 10 € Pflegetagegeld.

PT5	PT4	PT3	PT2	PT1
0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

PT5	PT4	PT3	PT2	PT1
0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Zusätzlich abschließbare Bausteine (Dyn, E, S-Plus)

Dynamik im Leistungsfall[1]	Einmalleistung[2]	Erhöhung der stationären Leistung[3]
☐ ja ☒ nein	☐ ja _____ € ☒ nein	☐ ja ☒ nein

Dynamik im Leistungsfall[1]	Einmalleistung[2]	Erhöhung der stationären Leistung[3]
☐ ja ☒ nein	☐ ja _____ € ☒ nein	☐ ja ☒ nein

[1] Dynamik im Leistungsfall ab PT3 (sofern versichert): Leistungserhöhung alle 12 Monate um 3% **(Tarifergänzung Dyn)**

[2] Einmalleistung: Abschließbar ist das Vielfache von 500 € (bis max. 5.000 €) ab PT3 (sofern versichert). Bei einer Absicherung in allen Pflegegraden (PT5-1) erfolgt die Auszahlung der Einmalleistung bereits ab PT2. **(Tarifergänzung E)**

[3] Stationäre Erhöhung: Die Leistungen für stationäre Pflege werden ab Pflegegrad 3 (sofern versichert) auf die Höhe des Pflegegrades 5 angehoben. Bei einer Absicherung in allen Pflegegraden (PT5-1) gilt die Erhöhung bereits ab Pflegegrad 2. **(Tarifergänzung S-Plus)**

Monatlicher Beitrag: _____ €

Monatlicher Beitrag: _____ €

Im Leistungsfall erfolgt eine Beitragsbefreiung ab dem zweitkleinsten versicherten Pflegegrad (B-Basis)

Versicherungsbeginn 01. ____ . 20____

Berechnen

Einwilligungserklärung, Schlusserklärung und Unterschriften

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die beiliegenden „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)".
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-Informationspflichtenverordnung, sowie die Datenschutzhinweise und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten haben.

X

Ort und Datum | Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift der zu versichernden Personen, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Gesundheitsfragebogen zum Antrag für das Düsseldorfer Pflegegeld

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Dies ist notwendig, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können und Versicherungsschutz zugesagt werden kann.

	1. zu vers. Person	2. zu vers. Person
Name		
1. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung beantragt? **Bedauerlicherweise können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz anbieten, wenn diese Frage mit ja beantwortet wird.**	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
2. Nicht versicherbare Erkrankungen **Bedauerlicherweise können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz anbieten, wenn die folgende Frage mit ja beantwortet wird.** **Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder erfolgten Behandlungen/Nachuntersuchungen?** Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Ataxien (Bewegungskoordinationsstörungen), Autismus, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Down-Syndrom, Gehirnblutung, Hirnleistungsstörung, HIV-Infektion, Leberzirrhose, Morbus Bechterew, Mukoviszidose, Myasthenia gravis (Muskelschwäche), Multiple Sklerose, Nierenerkrankung (dialysepflichtig), Parkinson, psychische Erkrankungen (stationär behandelt), Querschnittslähmung, Schizophrenie	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
3. Angaben zu Größe und Gewicht	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
4. Wurde jemals einer der folgenden Anträge gestellt? **Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente, Dienstunfähigkeit, Behinderungsgrad** Sofern diese Frage mit ja beantwortet wird, sind die Kopien der dort jeweils eingereichten Antragsunterlagen sowie die Bescheide diesem Versicherungsantrag beizulegen. Bei vorliegendem Behinderungsgrad reicht es aus, den Bescheid einzureichen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5. Wurde eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen in den letzten fünf Jahren bei Ihnen festgestellt und/oder erfolgten Behandlungen/Nachuntersuchungen? Wenn eine der folgenden Diagnosen zutrifft, ist der beiliegende **Zusatzfragebogen** wahrheitsgemäß zu beantworten.		
5.1 Erkrankungen der Immunabwehr, des Stoffwechsels oder der Atemwege Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Bronchiektasen, Sarkoidose, Immundefekte	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5.2 Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der inneren Organe oder der Gefäße Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose (Arterienverkalkung), Aneurysma, Lebererkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Organ- oder Gewebetransplantation	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5.3 Erkrankungen des Nerven-Systems, der Psyche oder des Gehirns Neuropathie, Polyneuropathie, Psychische Erkrankungen und/oder Verhaltensstörungen, Rückenmarkserkrankungen, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlaganfall (auch TIA), zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Epilepsie, Lähmungen (auch Kinderlähmung)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5.4 Krebs sowie Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates Bösartige Tumorerkrankungen, Leukämie, Arm- und/oder Beinamputationen, Osteoporose, Arthritis, Arthrose, Rheuma	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Wichtiger Hinweis:
Falsche oder unvollständige Angaben zu den gestellten Fragen können uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers, möglicherweise auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen.

X

Ort und Datum | Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift der zu versichernden Personen, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Zusatzfragebogen zum Antrag für das Düsseldorfer Pflegegeld

(nur auszufüllen, wenn unter Frage 5 eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet wurden)

Erkrankung	Benötigte Unterlagen
Immundefekte, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose (Arterienverkalkung), Aneurysma, Lebererkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Organ- u. Gewebetransplantation, Neuropathie, Polyneuropathie, Rückenmarkserkrankungen, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems, Schlaganfall (auch TIA), zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Epilepsie, Lähmungen (auch Kinderlähmung), Arm- und/oder Beinamputationen	Fügen Sie Ihrem Antrag hierzu noch Befund- und Verlaufsberichte der Behandler bei. Bei stattgefundenen Operationen benötigen wir auch die Krankenhausentlassungsberichte.

Angaben zu den nachfolgenden Diagnosen machen Sie bitte in der unten stehenden Tabelle (siehe „Ihre Angaben"). Weitere Unterlagen sind nur dann einzureichen, soweit sie in der folgenden Übersicht erfragt werden.

Erkrankung	Benötigte Unterlagen
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Bitte ergänzen Sie die unten stehende Tabelle. Sind oder waren Sie Tabakkonsument? Falls ja, ist Anzahl/Umfang anzugeben.
COPD, Bronchiektasen, Sarkoidose	
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	Bitte ergänzen Sie die unten stehende Tabelle. Ursache des Leidens ist anzugeben. Bitte reichen Sie zusätzlich noch die Befund- und Verlaufsberichte der Behandler ein.
Bösartige Tumorerkrankungen, Leukämie	Bitte ergänzen Sie die unten stehende Tabelle. Bitte reichen Sie zusätzlich noch den Krankenhausentlassungsbericht sowie den letzten Kontrolluntersuchungsbericht ein.
Osteoporose	Bitte ergänzen Sie die unten stehende Tabelle. Osteoporotische Frakturen sind anzugeben, sofern diese entstanden. Bitte legen Sie den Bericht der letzten Knochendichtemessung von Ihrem Orthopäden bei. Dieser sollte nicht älter als 12 Monate sein.
Arthritis, Arthrose, Rheuma	Bitte ergänzen Sie die unten stehende Tabelle.

Ihre Angaben

Diagnose / versicherte Person	Genaue Angaben zur Erkrankung, Typ, Schweregrad, Klassifizierung, Werte sowie daraus resultierende Folgen und Einschränkungen. Wann wurde die Erkrankung erstmals diagnostiziert?	Behandlungsart (auch Medikamente, OPs, Krankenhaus-Aufenthalte)	Beschwerden von – bis, Art und Häufigkeit der Beschwerden (tägl, mtl., jährl.), Behandlungen erfolgten von – bis durch wen?
Diabetes Typ 2 Max Mustermann	letzter HbA1c-Wert: 6,6 %, keine Folgeschäden, jedoch tägliche Tabletteneinnahme, Versetzung in Innendienst, aber keine priv. Einschränkung Erstdiagnose 08/2009	Metformin-Tablette, einmal täglich, Eigene Messung des Blutzuckers	Seit Diagnose (08/2009), Halbjährliche Kontrollen bei Hausarzt Dr. Muster in Musterstadt
Depression (F32.0) Eva Mustermann	nach Tod eines Familienangehörigen, 4 Wochen arbeitsunfähig (07-08/2013), seitdem beschwerdefrei	20 Sitzungen amb. Psychotherapie (07-08/2013), keine Medikamente	07-08/2013 Psychiaterin Dr. X in Musterstadt. Bericht siehe Anlage

Beispiel

Sollte der Platz auf diesem Dokument nicht ausreichen, nutzen Sie bitte eigene Beiblätter, die von den zu versichernden Personen zu unterschreiben sind und legen Sie diese dem Antrag bei.

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet, angeforderte Unterlagen komplett beigefügt und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

X

Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der zu versichernden Personen, 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

vigo Krankenversicherung VVaG *DE19ZZZ00000294410*

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.

X

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 Versicherungsbedingun-gen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen werden mir zusammen mit den übrigen Versicherungsunterlagen vor Antragstellung zugesandt oder ausgehändigt; 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 Ver-sicherer eingehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichefrist.

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.

Datenschutzhinweise

Die vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie in den als Anlage beigefügten Datenschutzhinweisen. Die aktuellste Version der Datenschutzhinweise finden Sie auf vigo-krankenversicherung.de.

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
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

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

Das Unternehmen wird vertreten durch den Vorstand:
Dieter Turowski (Vorsitzender) · Willi Tiltmann
Micha Hildebrandt · Stefan Schumacher

Bankverbindungen:
Commerzbank Düsseldorf
IBAN: DE32 3004 0000 0188 2265 00
GLS Bank Bochum
IBAN: DE98 4306 0967 4116 6808 00

Vorstand:
Dieter Turowski (Vorsitzender)
Willi Tiltmann
Micha Hildebrandt
Stefan Schumacher

Aufsichtsrat:
Hans Siebels (Vorsitzender)

Registergericht:
Amtsgericht Düsseldorf

Datenschutzhinweise

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

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

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

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

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

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte 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.

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

Bankverbindungen:
Commerzbank Düsseldorf
IBAN: DE32 3004 0000 0188 2265 00
GLS Bank Bochum
IBAN: DE98 4306 0967 4116 6808 00

Vorstand:
Dieter Turowski (Vorsitzender)
Willi Tiltmann
Micha Hildebrandt
Stefan Schumacher

Aufsichtsrat:
Hans Siebels (Vorsitzender)

Registergericht:
Amtsgericht Düsseldorf