

vigo Krankenversicherung VVaG
 Konrad-Adenauer-Platz 12
 40210 Düsseldorf

Antrag zur Pflegetagegeldversicherung Düsseldorfer Pflegegeld

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

Angaben zum Antragsteller

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> 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

Angaben zu den zu versichernden Personen

Ich beantrage den Abschluss des Düsseldorfer Pflegegeldes. Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

1. zu versichernde Person

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____	
Nachname _____		Vorname _____	
Geburtsdatum TTMMJJJJ _____	Staatsangehörigkeit _____		
Zuletzt ausgeübter Beruf _____			
Zuletzt ausgeübter Beruf (2. Zeile) _____		von - bis _____	
Bei welcher Krankenkasse (GKV) oder welchem Unternehmen (PKV) besteht und/oder bestand in den letzten 24 Monaten Krankenversicherungsschutz? _____			
Verhältnis zum Antragsteller (falls abweichend)			
<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

2. zu versichernde Person

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____	
Nachname _____		Vorname _____	
Geburtsdatum TTMMJJJJ _____	Staatsangehörigkeit _____		
Zuletzt ausgeübter Beruf _____			
Zuletzt ausgeübter Beruf (2. Zeile) _____		von - bis _____	
Bei welcher Krankenkasse (GKV) oder welchem Unternehmen (PKV) besteht und/oder bestand in den letzten 24 Monaten Krankenversicherungsschutz? _____			
Verhältnis zum Antragsteller			
<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

1. zu versichernde Person

Nachname _____
Vorname _____

2. zu versichernde Person

Nachname _____
Vorname _____

Angaben zum gewünschten Versicherungsschutz:

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
€	€	€	€	€

PT5	PT4	PT3	PT2	PT1
€	€	€	€	€

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

Dynamik im Leistungsfall ¹	Einmalleistung ²	Erhöhung der stationären Leistung ³
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dynamik im Leistungsfall ¹	Einmalleistung ²	Erhöhung der stationären Leistung ³
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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____

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 Datenschutzerklärung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten haben.

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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 (Bewegungsstörungen), 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.4 Krebs sowie Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates Bösartige Tumorerkrankungen, Leukämie, Arm- und/oder Beinamputationen, Osteoporose, Arthritis, Arthrose, Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.

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	Genauere 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

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 beigelegt und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

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	
<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 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 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

Das Unternehmen wird vertreten durch den Vorstand:

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

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 führt 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), sowie an den Malteser Hilfsdienst (Assistance-Dienstleister) weitergibt.

Überdies dürfen Gesundheitsdaten 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
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
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