

vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf

Antrag zur Pflegetagegeld- versicherung (PT)

eingereicht durch:
VFD-Kassel GmbH
Friedrich-Ebert Str. 5
34117 Kassel

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 _____		Staatsangehörigkeit _____	

* freiwillige Angabe

Ich beantrage den Versicherungsschutz nach Tarif PT.
Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen.
Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen
auf dem Fragebogen auf Seite 3!**

Zu versichernde Personen (VP)

1. Person

Frau Herr Titel _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

2. Person

Frau Herr Titel _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

Beantragtes Pflege-/Demenztagegeld/Einmalleistung nach Tarif PT

1. Person

Pflegestufe*	Pflegetagegeld in der Pflegestufe		
	III	II	I
Ambulante und stationäre Pflege	_____ €	_____ €	_____ €
* Stufe 0 ist immer mitversichert in Höhe der Stufe I, maximal 30 €			
Anhebung bei stationärer Pflege auf Leistungshöhe Stufe III	<input type="checkbox"/> Ja		
Demenztagegeld	_____ €	_____ €	_____ €
Einmalleistung	_____ €		
mtl. Tarifbeitrag	_____ €		

2. Person

Pflegestufe*	Pflegetagegeld in der Pflegestufe		
	III	II	I
Ambulante und stationäre Pflege	_____ €	_____ €	_____ €
* Stufe 0 ist immer mitversichert in Höhe der Stufe I, maximal 30 €			
Anhebung bei stationärer Pflege auf Leistungshöhe Stufe III	<input type="checkbox"/> Ja		
Demenztagegeld	_____ €	_____ €	_____ €
Einmalleistung	_____ €		
mtl. Tarifbeitrag	_____ €		

Versicherungsbeginn 01. _____

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 auf der Rückseite die „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-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

Gesundheitsfragebogen

1. Person

1. Angaben zu Größe und Gewicht

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

2. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt?

Nein Ja

3. Wurde jemals einer der folgenden Anträge (Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente, Dienstunfähigkeit) gestellt?

Nein Ja

Zugrunde liegende Erkrankung(en): _____

4. Besteht ein Grad der Behinderung? Wenn ja, in welcher Höhe?

Nein Ja

Grad: _____, Grund: _____
Bitte Anerkennungsbescheid(e) beifügen.

2. Person

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Nein Ja

Nein Ja

Nein Ja

Grad: _____, Grund: _____
Bitte Anerkennungsbescheid(e) beifügen.

5. Nicht versicherbare Erkrankungen

Bedauerlicherweise können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz anbieten, wenn die nachstehende Erklärung mit ja beantwortet wird.

Ich erkläre hiermit, dass bei der zu versichernden Person eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen vorliegt und/oder Behandlungen/Nachbehandlungen deswegen erfolgen oder erfolgten: Demenz, Alzheimer, Creutzfeldt-Jakob, krankhafte Hirnleistungsstörung, HIV-Infektion, Apallisches Syndrom (Wachkoma), amyotrophe Lateralsklerose (ALS – neuromuskuläre Erkrankung), Parkinson-Krankheit, Epilepsie, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Querschnittlähmung, Leberzirrhose, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Chorea Huntington, dialysepflichtige Nierenerkrankung

Nein Ja

Nein Ja

6. Wurde eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen in den letzten fünf Jahren bei Ihnen festgestellt und/oder werden bzw. wurden Sie daraufhin behandelt (auch Nachsorge)?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis/Arthrose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis/Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis (COPD)/Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis (COPD)/Asthma |

Wenn eine der Krankheiten vorliegt, benötigen wir hierzu nähere Angaben zur Erkrankung. Bitte machen Sie diese auf einem gesonderten Blatt oder verwenden Sie einen unserer gesonderten Fragebögen.

Zusätzliche Fragen, nur zu beantworten, wenn Demenztagegeld zusätzlich zu den Pflegestufen I, II und/oder III versichert werden soll.

7. Wurde eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt und/oder werden bzw. wurden Sie daraufhin behandelt (auch Nachsorge)?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> arteriosklerotischen Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> arteriosklerotischen Erkrankungen | |

8. Haben Sie bereits einen Test zur Feststellung einer demenziellen Erkrankung durchführen lassen?

Nein Ja

Ggf. Testbericht beifügen.

Nein Ja

Ggf. Testbericht beifügen.

Wichtiger Hinweis:

Falsche oder unvollständige Angaben zu den o. g. 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

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-Lastschriftmandats

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.

Zahlungsweise

<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> jährlich (3 % Skonto)
------------------------------------	--

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.

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
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

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

Bankverbindungen:

SEB Bank AG Düsseldorf
Kto.-Nr. 1 015 807100 (BLZ 300 101 11)
IBAN: DE04 3001 0111 1015 8071 00
BIC: ESSEDE5F300

Commerzbank Düsseldorf
Kto.-Nr. 188 226 500 (BLZ 300 400 00)
IBAN: DE32 3004 0000 0188 2265 00
BIC: COBADEFFXXX

Vorstand:

Dieter Turowski (Vorsitzender)
Willi Tiltmann

Aufsichtsrat:

Hans Siebels (Vorsitzender)

Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf
HRB 21160