

vigo Krankenversicherung VVaG  
Konrad-Adenauer-Platz 12  
40210 Düsseldorf

## Antrag Krankentagegeld

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

Der Vertrag wird grundsätzlich für **drei** Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

# 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 \_\_\_\_\_

## Gewünschter Tarif

### 1. Person

Krankentagegeldzahlung nach...	Tarif	Tagessatz	Beitrag
<b>3 Wochen</b> (nur für Selbstständige)	<b>KT3W</b>	_____ €	_____ €
<b>6 Wochen</b>	<b>KT6W</b>	_____ €	_____ €
<b>3 Monaten</b>	<b>KT3M</b>	_____ €	_____ €
<b>6 Monaten</b>	<b>KT6M</b>	_____ €	_____ €
<b>12 Monaten</b>	<b>KT12M</b>	_____ €	_____ €
<b>18 Monaten</b>	<b>KT18M</b>	_____ €	_____ €

### 2. Person

Krankentagegeldzahlung nach...	Tarif	Tagessatz	Beitrag
<b>3 Wochen</b> (nur für Selbstständige)	<b>KT3W</b>	_____ €	_____ €
<b>6 Wochen</b>	<b>KT6W</b>	_____ €	_____ €
<b>3 Monaten</b>	<b>KT3M</b>	_____ €	_____ €
<b>6 Monaten</b>	<b>KT6M</b>	_____ €	_____ €
<b>12 Monaten</b>	<b>KT12M</b>	_____ €	_____ €
<b>18 Monaten</b>	<b>KT18M</b>	_____ €	_____ €

**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.

### 1. Person

Haben Sie aus einem anderen privaten Krankenversicherungsvertrag bereits einen Anspruch auf Zahlung eines Krankentagegeldes?

Nein  Ja

Wenn ja:

Unternehmen \_\_\_\_\_

Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Tagesgeldsatz in Euro \_\_\_\_\_

Zahlung nach Wochen/Monaten \_\_\_\_\_

### 2. Person

Nein  Ja

Wenn ja:

Unternehmen \_\_\_\_\_

Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Tagesgeldsatz in Euro \_\_\_\_\_

Zahlung nach Wochen/Monaten \_\_\_\_\_

**Höhe des durchschnittlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate**

Bei Arbeitnehmern gilt als Nettoeinkommen der durchschnittliche Jahresnettolohn gemäß § 47 SGB V. Bei Selbstständigen der vorsteuerliche Gewinn im Sinne § 2 Abs. 2.1 EStG. Bei Selbstständigen ist ein Nachweis der Entgelthöhe bis zu einem Tagessatz von 30,- Euro nur auf Anforderung erforderlich.

Euro

Euro

# Vereinfachte Gesundheitsprüfung für Tagessätze bis 30,00 € insgesamt

## 1. Person

1. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erhalten?

Nein  Ja, bitte Leistungsbescheid beifügen

2. Besteht gegenwärtig Arbeitsunfähigkeit?

Nein  Ja, seit:

## 2. Person

Nein  Ja, bitte Leistungsbescheid beifügen

Nein  Ja, seit:

# Zusatzfragen für Tagessätze über 30,00 € insgesamt

## 1. Person

3. 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

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

Nein  Ja

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

Nein  Ja

6. Wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden gegenwärtig regelmäßig Medikamente eingenommen?

Nein  Ja

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

Nein  Ja, Monat:

8. Angaben zu Größe und Gewicht:

Körpergröße:                      cm / Gewicht:                      kg

## 2. Person

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja, Monat:

Körpergröße:                      cm / Gewicht:                      kg

Wird eine der Fragen 1. bis 7. 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		

# 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)“. 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
<b>Hinweis:</b> 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.

## 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:

Dieter Deichmann (Vorsitzender)

### Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21160