

vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf

Antrag vigo study the world

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

- Studenten
- Sprachschüler
- Au-pair
- Work & Travel
- und andere

Antrag Krankenversicherungsschutz im Ausland (vigo Krankenversicherung VVaG)

Antragsteller/ Versicherungs- nehmer

<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	
Gesetzliche Krankenversicherung		Versichertennummer**	

Zu versichernde Person

(Bitte nur ausfüllen,
wenn abweichend vom
Antragsteller.)

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Name		Vorname	
E-Mail-Adresse*			
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ		Staatsangehörigkeit	
Gesetzliche Krankenversicherung		Versichertennummer**	

* freiwillige Angabe

** bitte entnehmen Sie diese Angabe Ihrer Gesundheitskarte

Versicherung

Versicherungsbeginn TT.MM.JJJJ _____

Versicherungsende* TT.MM.JJJJ _____

* Erläuterung zum **Versicherungsende**:

Der Beitrag wird **auf den Tag genau** abgerechnet. Sollten Sie die Dauer Ihres Aufenthaltes noch nicht kennen, bitte längst möglichen Zeitraum eintragen. Bei vorzeitiger Rückkehr erstatten wir den zu viel gezahlten Beitrag. Entsprechende Nachweise (Flugticket) sind uns einzureichen.

Aufenthaltsland

Wohnanschrift während des Auslandsaufenthaltes

Versicherungsschutz besteht für den Geltungsbereich, der im gewählten Tarif besteht, also entweder weltweit oder EU/EWR/Mittelmeer-Anrainerstaaten/Schweiz. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens 14 Tage nach Entfall der Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit (**Grund des Aufenthalts**).

Grund des Aufenthalts:

- Au-pair Schüler Sprachschüler Student
 Stipendiat Doktorand Teilnehmer am Work & Travel-Programm
 unentgeltliches Praktikum
 Weiterbildungsmaßnahme: Erläuterung _____

Beitrag

- Tarif ARS16vKE 29,50 € monatlich
(EU-/EWR-Staaten und Mittelmeer-Anrainerstaaten bis zu 12 Monate)
- Tarif ARS16vKW 43,50 € monatlich (weltweit bis zu 12 Monate)
- Tarif ARS16vLE 48,50 € monatlich
(EU-/EWR-Staaten und Mittelmeer-Anrainerstaaten bis 60 Monate)
- Tarif ARS16vLW 70,50 € monatlich (weltweit bis 60 Monate)

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 „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“. Bitte beachten Sie besonders die Ermächtigung zur Datenverarbeitung.

Mit Ihrer Unterschrift unter den Antrag machen Sie die „Vertragsgrundlagen und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrags. 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. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift willigen Sie außerdem in die Datenübermittlung/-speicherung hinsichtlich des Abschlusses, des Bestehens und der Beendigung der Zusatzversicherung ein.

Ort und Datum

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der 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.

Zahlungs- weise

<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> für den gesamten Zeitraum
------------------------------------	--

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 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) 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