grün versichert®

Antrag

Die nachhaltigen grün versichert
Krankenzusatzversicherungen
Stationär / Zahn / Naturheilverfahren

versichert sein und Gutes tun

vigo
KRANKENVERSICHERUNG VVaG

Deutsches Institut für Nachhaltigkeit und Ökonomie
GESICHERTE NACHHALTIGKEIT
PRÜFSIEGEL 2024
Investition in die Zukunft

grün versichert

vigo KRANKENVERSICHERUNG VVaG

service@vigo-krankenversicherung.de
Tel.: 0211 355900-50
Fax: 0211 355900-20

vigo Krankenversicherung VVaG
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf.

Antrag auf Abschluss einer Krankenzusatzversicherung

für Versicherte von Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)

Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

Antragsteller/ Versicherungs-nehmer

(Bitte nur den Namen einer Person eintragen)

☐ Frau ☐ Herr Titel

Name 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

Zu versichernde Person(en)

1. Person

Name, Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet

Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ andere:

Wo sind Sie gesetzlich versichert (GKV)?

Berufsgruppe ☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Selbstständig ☐ Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst

Ausgeübter Beruf

2. Person

Name, Vorname

Geburtsdatum TTMMJJJJ

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet

Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ andere:

Wo sind Sie gesetzlich versichert (GKV)?

Berufsgruppe ☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Selbstständig ☐ Beschäftigte(r) im öffentlichen Dienst

Ausgeübter Beruf

Gewünschte(r) Tarif(e)

1. Person	2. Person
☐ **KlinikArzt**	☐ **KlinikArzt**
☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung	☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
☐ **ZahnErsatz**	☐ **ZahnErsatz**
☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung	☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
☐ **ZahnBehandlung**	☐ **ZahnBehandlung**
☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung	☐ Naturheilkunde/Sehhilfen/Reiseimpfung
☐ **Krankenhaustagegeld** _____ EUR Tagessatz	☐ **Krankenhaustagegeld** _____ EUR Tagessatz
Monatlicher Tarifbeitrag _____ EUR	**Monatlicher Tarifbeitrag** _____ EUR

Ich beantrage den Versicherungsschutz nach dem/den angekreuzten Tarif(en).
Der Vertrag wird grundsätzlich für **zwei** Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

Gewünschter Versicherungsbeginn 01. ____. 202 ____

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)“. Bitte beachten Sie dabei insbesondere die Regelungen zur Auszahlung der Versicherungsleistungen.
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.

Gesundheitsfrage für Tarife Klinik, Krankenhaustagegeld, Naturheilkunde

1. Person	2. Person
Wurden in den letzten drei Jahren Behandlungen, Untersuchungen oder Beratungen bei Ärzten oder sonstigen Behandlern durchgeführt?	
☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

Hinweise: Wird die Gesundheitsfrage mit „Ja“ angekreuzt, sind nähere Angaben auf der Folgeseite zu machen. Es besteht bei den stationären Zusatztarifen eine Wartezeit für Leistungen bei Entbindungen und Psychotherapie von acht Monaten ab Versicherungsbeginn.

Für Personen über 16 Jahre:

Körpergröße: cm / Gewicht: kg	Körpergröße: cm / Gewicht: kg

Gesundheitserklärung für Tarife Zahnersatz und Zahnbehandlung

1. Person	2. Person
Ich bestätige, dass **- innerhalb der letzten drei Jahre keine parodontale Erkrankung vorlag,** **- innerhalb der letzten drei Jahre mindestens eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde,** **- weniger als 4 Zähne fehlen, die nicht ersetzt wurden. (Als fehlende Zähne gelten nicht: Weisheitszähne, Milchzähne und physiologischer Lückenschluss. Als ersetzte Zähne gelten: Brücken, Kronen, Implantate, Prothesen),** **- weniger als 6 Zähne mit Zahnersatz versorgt sind.**	
☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

Hinweise: Wird die Gesundheitserklärung mit „Nein“ angekreuzt, kann kein Versicherungsschutz erklärt werden.
Bei Antragstellung bereits beschädigte, erkrankte und fehlende Zähne oder bekannte oder medizinisch angeratene oder bereits begonnene Behandlungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Es besteht eine Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn für kieferorthopädische Leistungen und Zahnersatz. Für alle weiteren Leistungen besteht eine Wartezeit von drei Monaten.

Erklärungen zum Antrag und Unterschriften

Wurde die Gesundheitsfrage mit „Ja“ angekreuzt, sind nachfolgend nähere Angaben zu machen. Anzugeben sind auch solche Umstände, die Sie als unwesentlich ansehen.

<u>Nicht</u> anzugeben sind jedoch die folgenden Umstände sowie ausgeheilten Verletzungen und Erkrankungen, bei denen keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind:

- ✓ Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund
- ✓ Impfungen
- ✓ Fehlsichtigkeit
- ✓ Schwangerschaft
- ✓ Bänderdehnung/-riss
- ✓ Mandelentfernung
- ✓ Knochenbruch
- ✓ oberflächliche Verletzungen (Schürfwunden/Prellungen)
- ✓ Erkältungskrankheiten
- ✓ Magen-Darm-Infektionen
- ✓ Blinddarmentfernung
- ✓ Mittelohrentzündung

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.Das Einreichen von Befund- und Verlaufsberichten (auch Krankenhausentlassungsberichten) erleichtert uns die Annahmeprüfung.

Was lag/liegt vor? Zu versichernde 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?
Bluthochdruck Max Mustermann (1. Person)	Werte im Bereich 140-150 / 95-100. Keine Einschränkungen, jedoch auf Anraten des Hausarztes mit dem Rauchen aufgehört. Diagnose wurde 01/2021 bei Routineuntersuchung gestellt	1x täglich Betablocker Betaxolol 20mg	Beschwerdefrei. Einnahme Betablocker seit 01/2021
BWS-Syndrom Eva Mustermann (2. Person)	Starke Rückenschmerzen nach Fehlbelastung. 4 Wochen Arbeitsunfähigkeit April-Mai 2021. Diagnose wurde 04/2021 gestellt	Physiotherapie	Schmerzen seit 12/2021 Hausarzt X, Physiotherapeut Y (durchgehend seit 04/2021 in Behandlung)
Depressionen Eva Mustermann (2. Person)	F32.1 Mittelgradige depressive Episode nach Belastung am Arbeitsplatz. Erstdiagnose: 12.09.21. Seitdem arbeitsunfähig.	Ambulante Psychotherapie, Einnahme von Johanniskraut	Wöchentliche Sitzungen bei Dr. Muster, Musterstadt

Beispiele

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.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die beiliegenden „Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)“. Bitte beachten Sie auch die Regelungen zur Auszahlung der Versicherungsleistungen. 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

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

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 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 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.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen
- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und
- das Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung der *vigo* Krankenversicherung VVaG,

jeweils in Textform zugegangen sind.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
vigo Krankenversicherung VVaG
Vertreten durch den Vorstand:
Stefan Schumacher (Vorsitzender), Micha Hildebrandt
Adresse: Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf
Telefax: 0211 355900-20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 0,00 €. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.
Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Einwilligungserklärung für (weitere) zu versichernde Person(en)

Ich bestätige, dass die (weitere/n) zu versichernde/n Person(en) über die Inhalte dieses Tarifes informiert wurden und in den Abschluss, der Datenverarbeitung und in die weiteren auf dieser Seite dargelegten Punkte eingewilligt haben und ich stellvertretend für diese die Einwilligung der *vigo* Krankenversicherung VVaG gegenüber erteile.

Regelungen zur Auszahlung der Versicherungsleistungen

Als Versicherungsnehmer erkläre ich, dass alle gegenwärtig und künftig in diesem Vertrag versicherten Personen nach § 194 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz unwiderruflich berechtigt sind und sein werden, die Versicherungsleistungen zu verlangen und diese auch eigenständig an die entsprechenden Leistungserbringer abtreten zu dürfen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Verpfändung der Versicherungsleistungen sowohl durch mich als auch durch die versicherten Personen ausgeschlossen ist.

***vigo* Krankenversicherung VVaG**
Werdener Str. 4 · 40227 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:
Stefan Schumacher (Vorsitzender) · Micha Hildebrandt

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

Vorstand:
Stefan Schumacher (Vorsitzender)
Micha Hildebrandt

Aufsichtsrat:
Werner Greilich (Vorsitzender)

Sitz und Registergericht:
Düsseldorf
AG Düsseldorf HRB 21 160

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
Werdener Str. 4
40227 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.

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

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.

Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen:
Sofern zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenkasse und der *vigo* Krankenversicherung VVaG eine Kooperation besteht, verarbeitet die Krankenkasse die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an Ihre mit uns kooperierende Krankenkasse, soweit dies zur Vertragserfüllung notwendig ist.

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 Jahre.

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.