

Einwilligungserklärung

zum Versicherungsnehmerwechsel

Versicherungs-Nr.: _____

Bisheriger Versicherungsnehmer

neuer Versicherungsnehmer

Name

Name

Straße

Straße

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer / Mailadresse

Hiermit beantragen wir für oben genannten Versicherungsvertrag einen Versicherungsnehmer-Wechsel durchzuführen und bitten um die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins auf die im Vertrag versicherte Person.

Bestätigung der Bankdaten und Einzugsermächtigung

- ☐ gilt nur für den oben genannten Vertrag
- ☐ gilt für alle bei der vigo Krankenversicherung bestehenden Verträge

Verpflichtungsgrund	Versicherungsbeiträge
Meine/unsere Konto-Nr. (IBAN)	_____
Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	_____
für Lastschriftinzug ab	_____
Name und Unterschrift Kontoinhaber	_____

☐ Ich willige ein, dass mich die vigo Krankenversicherung und Ihre Vermittler telefonisch und per E-Mail über Versicherungsprodukte informieren dürfen. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Vertrag besteht. Ein Widerruf für die Zukunft ist jederzeit möglich.

Ort, Datum _____

Unterschrift
(bisheriger Versicherungsnehmer) _____

Als neuer 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 versicherte Person ausgeschlossen sind.

Unterschrift
(neuer Versicherungsnehmer) _____

vigo
Krankenversicherung VVaG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf