

SAFE-KAPITAL  
Flinsberger Str. 1

37308 Heilbad Heiligenstadt

Flinsberger Str. 1  
37308 Heilbad Heiligenstadt  
Tel.: 0 36 06 – 6 07 10 80  
Fax.: 0 36 06 – 6 07 10 83  
Email: [info@safe-kapital.de](mailto:info@safe-kapital.de)

Bitte verwenden Sie dieses Blatt zum Versand des Antrages.

Danke

Alle Unterlagen werden nach Rücksendung in unserem Haus eingescannt und Ihnen per Email übermittelt.





# Gesundheitsfragebogen

## Wichtiger Hinweis:

Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden 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.

### 1. Angaben zu Größe und Gewicht

1. versicherte Person (1. VP):

2. versicherte Person (2. VP):

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Zugrunde liegende Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Grad \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

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, Creutzfeld-Jacob, 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.

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

### 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)?

1. VP 2.VP

Diabetes mellitus  
  Schlaganfall

1. VP 2.VP

Krebserkrankungen  
  Rheuma/Arthritis/Arthrose

1. VP 2.VP

Osteoporose  
  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)?

1. VP 2.VP

Durchblutungsstörungen

1. VP 2.VP

psychische Erkrankungen

1. VP 2.VP

arteriosklerotischen Erkrankungen

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Ggf. Testbericht beifügen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Personen

## Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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 zu Grunde 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 Tage, an dem die Untersuchungsberichte bei dem Versicherer eingehen, spätestens aber am Tage 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 Str. 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 Absatz 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 ist 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: info@vigo-krankenversicherung.de  
www.vigo-krankenversicherung.de

### Vorstand

Ludwig Willems  
(Vorsitzender)  
Willi Tiltmann  
Dieter Turowski

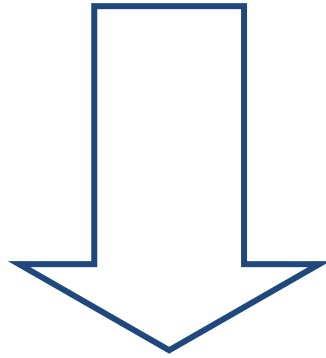
### Registergericht

Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21 160

### Aufsichtsrat

Dieter Deichmann (Vorsitzender)

# Muster – Antrag







# Gesundheitsfragebogen

## Wichtiger Hinweis:

Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden 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.

### 1. Angaben zu Größe und Gewicht

1. versicherte Person (1. VP):

2. versicherte Person (2. VP):

Größe: 185 cm, Gewicht: 85 kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Zugrunde liegende Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Grad \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

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, Creutzfeld-Jacob, 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.

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

### 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)?

1. VP 2. VP

Diabetes mellitus  
  Schlaganfall

1. VP 2. VP

Krebserkrankungen  
  Rheuma/Arthritis/Arthrose

1. VP 2. VP

Osteoporose  
  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)?

1. VP 2. VP

Durchblutungsstörungen

1. VP 2. VP

psychische Erkrankungen

1. VP 2. VP

arteriosklerotischen Erkrankungen

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

1. versicherte Person:  Ja  Nein

2. versicherte Person:  Ja  Nein

Ggf. Testbericht beifügen.

Musterhausen 30.12.2011

Max Muster

Max Muster

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Personen

## Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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 zu Grunde 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 Tage, an dem die Untersuchungsberichte bei dem Versicherer eingehen, spätestens aber am Tage 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 Str. 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 Absatz 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 ist 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: info@vigo-krankenversicherung.de  
www.vigo-krankenversicherung.de

### Vorstand

Ludwig Willems  
(Vorsitzender)  
Willi Tiltmann  
Dieter Turowski

### Registergericht

Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21 160

### Aufsichtsrat

Dieter Deichmann (Vorsitzender)