

Bitte senden Sie uns die Unterlagen an:
 vigo Krankenversicherung VVaG
 Postfach 103364, 40024 Düsseldorf
 Telefax 0211 355900-20
 E-Mail service@vigo-krankenversicherung.de

Angaben zum Versicherungsfall in der Auslandsreisekrankenversicherung

Bei der Abrechnung im Versicherungsfall benötigen wir Ihre Mithilfe. **Bitte füllen Sie die Felder 1-6 vollständig und gut leserlich aus.** Falsche und unvollständige Angaben können dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Bitte nutzen Sie ergänzend ein Beiblatt, wenn der Platz nicht ausreicht.

1) Versicherungsnummer: _____

2) Angaben zur erkrankten / verletzten Person:

Name, Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
E-Mail		
Telefon / Fax		

3) Angaben zur Reise:

Reiseziel:			
Reisezeitraum von:		bis:	
Wurde die Reise mit einer Kreditkarte gebucht?		<input type="checkbox"/> Ja (weitere Angaben unter Punkt 5.1) <input type="checkbox"/> Nein	

4) Angaben zum Versicherungsfall:

Kurze Erläuterung des Krankheitsereignisses / Unfalles	
Diagnose(n) laut Behandler	
Wurden Sie wegen dieser Beschwerden bereits vor Reisebeginn behandelt? Wann?	

Bitte senden Sie uns die Unterlagen an:
 vigo Krankenversicherung VVaG
 Postfach 103364, 40024 Düsseldorf
 Telefax 0211 355900-20
 E-Mail service@vigo-krankenversicherung.de

5) Angaben zu weiteren Versicherungen (mit Reiseversicherungsschutz):

	Vertrags- / Versicherungsnummer	Anbieter	Meldung bereits erfolgt?
5.1) Kreditkarte			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
5.2) Private oder Gesetzliche Krankenversicherung			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
5.3) Mitgliedschaft Automobilclub (ADAC, etc..)			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
5.4) Sonstige Auslandsreisekrankenversicherung			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

6) Folgende Rechnungen reiche ich hiermit ein:

Rechnungssteller	Rechnungsnummer und -datum	Behandlungsdatum	Zahlbetrag gemäß Rechnung in der ausgestellten Währung

Sind alle Felder (1-6) vollständig ausgefüllt? Ja / Nein

Hinweise zu Obliegenheiten und Schlusserklärung

Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben gem. § 28 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen eventuellen Unfallverursacher oder Haftpflichtigen und/oder meine gesetzliche oder private Krankenversicherung in Höhe der von der vigo Krankenversicherung VVaG gezahlten Leistungen an diese ab.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Versicherte Person / gesetzl. Vertreter