

Angaben zum Versicherungsfall in der Auslandsreisekrankenversicherung

Bei der Abrechnung im Versicherungsfall benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie die Felder 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.

Versicherungsnummer: _____

Angaben zur erkrankten / verletzten Person:

Name, Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
E-Mail		
Telefon / Fax		

Angaben zur Reise:

Reiseziel			
Reisezeitraum von:		Bis:	
Bitte fügen Sie als Nachweis die Reisebelege (Tickets, Buchungen etc...) in Kopie bei			

Angaben zum Versicherungsfall:

Kurze Erläuterung des Krankheitsereignisses	
Diagnose(n) des Behandlers	
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

Angaben zu weiteren Versicherungen (mit Reiseversicherungsschutz):

	Vertrags- / Versicherungs- nummer	Anbieter	Meldung bereits erfolgt? Ja / nein	Referenz*
Kreditkarte				
Private Krankenversicherung				
Gesetzliche Krankenversicherung				
Mitgliedschaft Automobilclub (ADAC, etc..)				
Sonstige Auslandsreise- krankenversicherung				

* Bitte geben Sie hier die Kontaktdaten sowie eine evtl. Schadenummer des anderen Versicherungsgebers an.

Folgende Rechnungen reiche ich hiermit ein

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

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