



## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich für die Dauer meines Aufenthaltes im Ausland über eine gültige Auslandsrankenversicherung verfüge, die alle medizinisch notwendigen Behandlungen, Krankenhausaufenthalte sowie – falls erforderlich – einen Rücktransport ins Heimatland abdeckt.

Mir ist bewusst, dass alle im Ausland anfallenden medizinischen Kosten gemäß den Bedingungen meiner Auslandsrankenversicherung von dieser übernommen werden.

Ich verpflichte mich, die Versicherungsunterlagen auf Anfrage vorzulegen.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Zeitraum des Aufenthaltes: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_