

**Schadenanzeige zur
Reiserücktrittskosten - Versicherung
Reiseabbruch - Versicherung****KAERA**

Industrie & Touristik Versicherungsmakler
Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel
Tel.: 01805 - 935 939 (14/Cent pro Min. aus dem
deutschen Festnetz, Mobilfunkhöchstpreis 42 Cent/Min.)
Fax: 0049 (0) 6172 - 99761-20
E-Mail: schaden@kaera-makler.de

1) Angaben zur versicherten Person / Schaden-Nr.:**A) Wer hat die Reise gebucht?**

Name und Vorname: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Beruf: _____ Geb.-Datum: _____
Telefon privat _____ dienstlich: _____
Email-Adresse: _____

Bitte Buchungsbestätigung des Reiseveranstalter und Versicherungsausweis im Original beifügen

B) Bitte geben Sie alle Reisetilnehmer an, deren Reise storniert, verspätet angetreten oder abgebrochen wurde (bitte Vor- und Zunamen angeben):

1. _____ Geb.-Datum: _____
2. _____ Geb.-Datum: _____
3. _____ Geb.-Datum: _____
4. _____ Geb.-Datum: _____

2) Angaben zur gebuchten Reise/Versicherungsschutz

Die Buchung erfolgte am: ____/____/____/ (genaues Datum angeben) Buchungs-Nr.: _____

Reiseveranstalter: _____ / Reisebüro: _____

Reisedauer von: ____/____/____/ bis: ____/____/____/

Reiseart: Flugreise Busreise Schiffsreise sonstiges: _____

Bezahlung der Reise mit **Credit-Card** ja nein
wenn ja: Master, VISA, Diners, Amex ____

Besteht für die Leistung anderweitiger Versicherungsschutz? ja nein
wenn ja, Name, Adresse u. Versicherungsschein-Nr. der Versicherung: _____

3) Angabe zum Schadenfall

Warum wurde die Reise storniert, verspätet angetreten oder abgebrochen?

- | | |
|---|---|
| Unerwartete schwere Erkrankung | O (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage) |
| Schwangerschaft | O (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage) |
| Tod | O (Sterbeurkunde einreichen) |
| unerwartete betriebsbedingte Kündigung | O (Kündigungsschreiben einreichen) |
| Einberufung Grundwehrdienst/Zivildienst/Wehrübung | O |
| Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit | O (Neuer Arbeitsvertrag und Bewilligungsbescheid) |
| schwerer Unfall | O (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage) |

sonstiges Ereignis, wenn ja welches und wann _____

Bitte fügen Sie **unbedingt** einen geeigneten Nachweis bei, damit eine Regulierung erfolgen kann, z.B. Kündigungsschreiben des Arbeitgebers, polizeiliche Anzeige, Aufenthaltsbescheinigung eines Krankenhauses zum Nachweis eines stationären Aufenthaltes, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Sterbeurkunde, Einberufungsbescheid, Meldung an den Hausratversicherer usw.

Welche Person(en) wurde(n) von dem o.g. Schadenfall betroffen:

Ist die Person mit den Reiseteilnehmern verwandt? O nein / O ja, wenn ja, wie? _____

Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise **unverzüglich zu stornieren**, um die anfallenden Stornokosten so gering wie möglich zu halten. Wann ist das Ereignis eingetreten, welches zur Stornierung oder zum Abbruch der Reise geführt hat? _____/_____/_____

Wann wurde die Reise **storniert** _____/_____/_____ bzw. **abgebrochen?** _____/_____/_____

genaues Datum **genaues Datum**

Wurde die Reise nicht unverzüglich storniert, bitte schriftliche Begründung einreichen.

Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigelegt:	Beigelegt	Beigelegt
Versicherungsausweis im Original	O ja	O nein
Buchungsbestätigung Ihres Reiseveranstalters im Original	O ja	O nein
Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters im Original	O ja	O nein
Sterbeurkunde in Kopie	O ja	O nein
Fachärztliches Attest	O ja	O nein
Klinikbescheinigung	O ja	O nein
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Kopie	O ja	O nein
Einberufungsbescheid in Kopie	O ja	O nein
Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit und der neue Anstellungsverträge in Kopie	O ja	O nein
Sonstige Bescheinigungen _____	O ja	O.....nein

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Entschädigung soll per Verrechnungsscheck an die folgende Person ausgezahlt werden:

Vor- und Zuname: _____

Straße: _____ **Ort:** _____

(Ort / Datum)

(Unterschrift (Vorname und Nachname)

Schaden-Nr.:**KAERA** Industrie & Touristik Versicherungsmakler

Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel

Tel.: 01805 – 935 939 (14Cent/pro Min. aus dem deutschen Festnetz), E-Mail: schaden@kaera-makler.de

Ärztliche Bescheinigung zur Reiserücktrittskosten-Versicherung vom behandelnden Arzt auszufüllen

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

es werden Ansprüche aus einer bestehenden Reiserücktrittskosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß Artikel 6 der Versicherungsbedingungen zum Reiseversicherungsschutz ist die versicherte Person verpflichtet, den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden. Die Kosten dieser Bescheinigung sind nicht ersatzpflichtig. Bitte senden Sie uns diese ärztliche Bescheinigung an unsere o. g. Adresse zurück

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

KAERA Industrie & Touristik Versicherungsmakler GmbH**Angaben zu Ihrem Patienten**

Name und Vorname: _____/Geb.-Datum: _____

Straße und Hausnummer: _____ PLZ/Wohnort _____

Beruf: _____

A) Krankheit / Unfall1) genaue Diagnose, die zur **Reiseunfähigkeit** führte **mit ICD 10 Code:** _____

2) Wann erkrankte Ihr Patient/in, bzw. wann war der Unfall? _____/_____/_____/ (Datum)

Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/Unfall? _____/_____/_____/ (Datum)

Bestand zu diesem o. g. Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit? ja / nein3) War eine stationäre Behandlung nötig? ja / nein / Notaufnahme? ja /

wenn ja, wann und wo? _____/_____/_____/ (Datum), Name des Krankenhauses/Klinik: _____

Name des einweisenden Arztes: _____

Bitte legen Sie die Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses bei!4) Ist der Patient berufstätig? ja / neinIst der Patient selbstständig? ja / neinIst der Patient berentet? ja / neinBestand Arbeitsunfähigkeit? ja / nein, ja, wenn ja, seit wann? _____/_____/_____/**Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen** (Datum)

Lag keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bitten wir um entsprechende Erläuterung: _____

5) Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal/ mehrfach behandelt ja / nein
wenn ja, wann _____/_____/_____/ (Datum)

durch wen? _____

6) Handelt es sich um eine Erkrankung, welche seit längerer Zeit besteht? ja / nein
Wenn ja, seit wann? _____/_____/_____/ (Datum)

Wann ist eine Verschlechterung eingetreten? _____/_____/_____/ (Datum)

Patient: _____ Geb.-Datum: _____

7) Wann endet Ihre Behandlung: _____/_____/_____/ (Datum)

8) Wurden Sie über die bevorstehende/geplante Reise informiert? ja / nein
Wenn ja, wann? _____/_____/_____/ (Datum)9) Wann war erstmals nach objektiver ärztlicher Beurteilung erkennbar, dass der Antritt der Reise wegen
des Gesundheitszustandes nicht erfolgen kann? _____/_____/_____/ (Datum)**Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (s. Frage 2) abweicht, benennen Sie hierfür bitte den Grund:**_____
_____**Bestehen oder bestanden Vorerkrankungen die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?** nein / ja, wenn ja, seit wann? _____/_____/_____/ (Datum)_____/_____ **/ICD 10 Code:** _____

Bitte benennen Sie die Diagnose der Vorerkrankung

Bei Vorerkrankung unbedingt angeben:Sind aufgrund der vorgenannten Vorerkrankungen ständige **ärztliche Kontrollen notwendig**? ja / neinWurden Sie vor Reisebuchung am ___/___/___/ (Reisebuchungsdatum unbedingt eintragen) vom Ihrem
Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? ja / neinbestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung uneingeschränkte Reisefähigkeit? ja / nein**(Ort/ Datum)****(Stempel und Unterschrift des Arztes)****B) Unfall**

Unfalltag: _____/_____/_____

Unfallort: _____

Genaue Unfallbeschreibung: _____

_____Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mit verursacht? ja / neinFalls ja, bitte Unfallbericht beifügen und Namen und Anschrift des Unfallverursachers angeben:

_____Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)

_____**Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? ja / nein (Bitte Korrespondenz beifügen)**

Wichtige Information - über die Folgen bei der Verletzung von **Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall nach §§ 28 Abs.4, 30f. des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, sind wir im Interesse einer zeitnahen und umfassenden Abwicklung auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bitten dazu unbedingt Ihre **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten zu beachten**. Danach sind Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalls verpflichtet:

- Uns unverzüglich zu informieren und, soweit möglich, von uns Weisungen zur Schadenminderung/-abwendung einzuholen und zu beachten.
- Den Reisevertrag unverzüglich zu stornieren bzw. den Reiseveranstalter über den Reiseabbruch zu informieren.
- Den Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden.
- Schäden, die durch eine Straftat eintreten sind unverzüglich bei der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen.
- Mögliche Regressrechte gegen Dritte sind zu wahren.
- Uns jede Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens und über den Umfang der Entschädigungspflicht zu gestatten sowie jede Auskunft dazu, auf Verlangen schriftlich, zu erteilen.
- Die Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden. Diese Schweigepflichtentbindung bezieht sich jedoch nur auf den konkreten Versicherungsfall.
- Und die angeforderten Belege beizubringen.

Wird eine oder werden mehrere dieser Obliegenheiten von Ihnen vorsätzlich verletzt, sind wir leistungsfrei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer oder mehrerer dieser Obliegenheiten dürfen wir die Entschädigungshöhe je nach der Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Wir bleiben nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie eine der oben aufgeführten Obliegenheiten jedoch arglistig, sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

Steht das Recht auf die vertragliche Leistung (auch) einem Dritten zu, ist dieser in derselben Weise wie Sie in der Pflicht.