

**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: 06172 – 99761-20
E-Mail: schaden@kaera-makler.de

1) Angaben zur versicherten Person / Schaden-Nr.: 300**A) Wer hat die Reise gebucht?**

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

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: _____

Bitte Buchungsbestätigung des Reiseveranstalter und Versicherungsausweis im Original beifügen

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. des Versicherers: _____

KAERA Industrie & Touristik Versicherungsmakler, Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel
Tel.: 01805 – 935 939 (14/Cent pro Min. aus dem deutschen Festnetz)E-Mail: schaden@kaera-makler.de

Schaden-Nr.: 300
Ärztliche Bescheinigung zur Reiserücktrittskosten-Versicherung

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

Angabe zu Ihrem Patienten

Name und Vorname: _____ /Geb.-Datum: _____
Straße und Hausnummer: _____ / Beruf: _____
PLZ/Wohnort: _____

A) Krankheit nicht reisender Angehöriger

Bitte **genaue Diagnose mit ICD 10 Code**: _____

Wann wurde diese **Diagnose gestellt**, bzw. wann erkrankte der Patient an dieser Krankheit

_____ / _____ / _____ / (genaues Datum)

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

War eine stationäre Behandlung nötig? ja / nein

wenn ja, wann erfolgte diese Behandlung _____ / _____ / _____ / (genaues Datum)

Name des einweisenden Arztes: _____

Krankenhaus/Klinik: _____

Bitte legen Sie bitte die Aufenthaltsbescheinigung des Krankenhauses bei!

Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein / ja, wenn ja, seit wann? _____ / _____ / _____ /

Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen! (Datum)

Bestehend oder bestanden **Vorerkrankungen** die im **Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung** steht?

ja / nein, wenn ja, seit wann? _____ / _____ / _____ / (genaues Datum angeben)

Benennen Sie bitte die **Diagnose der Vorerkrankung** mit ICD 10 Code: _____

Sind auf Grund der vorgenannten Vorerkrankung ständige **ärztliche Kontrollen notwendig**? ja / nein

Ist aufgrund der **Diagnose die Anwesenheit der Angehörigen erforderlich** gewesen? ja / nein
Falls ja, aus welchem Grund? (ggfl. auf einem zusätzlichen Beiblatt genauer erläutern).

Wann war **erstmalig erkennbar**, dass die **Anwesenheit der Angehörigen** im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war? _____ / _____ / _____ / (genaues Datum)

(Ort/ Datum)

(Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes)

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.