

**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, sh. Anlage) |
| Schwangerschaft                                   | O (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, sh. 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, sh. 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 Hausarztversicherer 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? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum)**

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 <b>im Original</b>   | O ja      | O nein     |
| Buchungsbestätigung Ihres Reiseveranstalters <b>im Original</b>                             | O ja      | O nein     |
| Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters <b>im Original</b>                              | O ja      | O nein     |
| Sterbeurkunde <b>in Kopie</b>   | O ja      | O nein     |
| Fachärztliches Attest   | O ja      | O nein     |
| Klinikbescheinigung   | O ja      | O nein     |
| Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <b>in Kopie</b>  | O ja      | O nein     |
| Einberufungsbescheid <b>in Kopie</b>  | O ja      | O nein     |
| Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit und der neue Anstellungsverträge <b>in Kopie</b> | 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:** \_\_\_\_\_

**Schaden-Nr.:**

**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](mailto:schaden@kaera-makler.de)

**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.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

**KAERA** Industrie & Touristik Versicherungsmakler GmbH

Name und Vorname: \_\_\_\_\_/Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_/Beruf: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:**

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die **Schwangerschaft festgestellt**?

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Wann ist der errechnete Geburtstermin? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wann war **erstmalig erkennbar**, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (genaues Datum)

Waren zum **o.g. Zeitpunkt Komplikationen** aufgetreten?  nein /  ja

wenn ja, Bitte benennen Sie die Diagnose mit **ICD 10 Code**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestand Arbeitsunfähigkeit?**  nein /  ja, wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Bitte fügen Sie Ihre **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** bei (genaues Datum angeben)

Wann war **erstmalig erkennbar**, dass Ihre Patientin die Reise nicht antreten konnte:  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (genaues Datum)

( Ort/ Datum )

(Unterschrift und Stempel des Facharztes/bzw. der Klinik)

## **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.