Schadenanzeige zur Auslandsreisekranken-Versicherung
(Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen)

KAERA Aktiengesellschaft
Industriestr. 4-6
61440 Oberursel
Tel.: +49 (0) 6172 / 17 98 100
Fax: +49 (0) 6172 / 99 761-20
E-Mail: leistung@kaera-ag.de

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Reise / Schaden-Nr.:

Name und Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Beruf: _____ Berufsstätte: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsland: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bankname: _____

Angaben zur gebuchten Reise/Versicherungsschutz

Die Buchung erfolgte am: _____/_____/_____/ (genaues Datum angeben) über den Reise-

_____ der Reisebüro: _____

Bitte reichen Sie die Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters und den Versicherungsausweis im Original ein.

Reisedauer von: _____/_____/_____/ bis: _____/_____/_____/

Abschluss der Versicherung am: _____/_____/_____/ Buchungs-Nr.: _____

Reiseart: Flugreise O Busreise O Schiffsreise O
Bahnreise O sonstige Reisen O

Welche Kosten sind Ihnen im Einzelnen entstanden

Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original, sowie ggfl. Umtauschquittungen oder Kreditkartenabrechnungen (Kopie), ein.:

Behandelnder Arzt bzw. Rechnungssteller	Behandlungs- bzw. Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag **(mit Währungsbezeichnung)**	BAR oder Kartenzahlung
_____	____/_____/_____/	_____	_____
_____	____/_____/_____/	_____	_____
_____	____/_____/_____/	_____	_____
_____	____/_____/_____/	_____	_____

KAERA

Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. Unfallgeschehen

a) Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf bzw. Ihre Beschwerden, bei Unfall bitte den Unfallhergang schildern:

_____

_____

_____

Bitte reichen Sie den Arzt- und Befundbericht (in Kopie) ein.

b) Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose (ICD Code)?

_____

c) Wann trat die Erkrankung erstmalig auf? _____

d) Wurden Sie am Urlaubsort stationär behandelt? ? Ja O nein O

falls ja, in welchem Krankenhaus? _____

_____

Aufenthaltsdauer: von _____/_____/_____ bis _____/_____/_____

e) Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z.B. Hotelarzt) voraus? Ja O nein O

falls ja, wann? von_____/_____/_____ bis _____/_____/_____ Bitte entsprechende Original-bestätigung beifügen.

f) Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt? Ja O nein O
wenn ja, Name und Anschrift des Arztes:_____

_____

Waren Sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? Ja O nein O
wenn ja, Name und Anschrift des Arztes:_____

_____

Zusätzliche Fragen bei einem Unfall

a) Wann ereignete sich der Unfall? ____/_____/_____/ Uhrzeit:_____

b)Wer hat den Unfall verursacht? (Name und Adresse)_____

_____

c) Gab es Augenzeugen? (Namen und Adressen)_____

_____

d) Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? (ggf. Polizeiprotokoll einreichen) ja O nein O
Wenn ja, bitte Polizeidienststelle, Ort und Aktenzeichen angeben:

_____

KAERA

Allgemeine Angaben

a) In welchen Krankenkassen sind Sie Mitglied?
O gesetzliche - oder Ersatzkrankenkasse? **Bitte geben Sie den Name und die komplette Anschrift an**:_____

_____

Mitgliedsnummer:_____:

O oder einer privaten Krankenkasse:? **Bitte geben Sie den Name und die komplette Anschrift an**:_____

_____

Mitgliedsnummer:_____:

b) Falls Sie gesetzlich versichert sind, besteht eine private Zusatzversicherung mit Auslandsreise-Kranken-Schutz? ja O nein O / Wenn ja, Name, Anschrift und Versicherungsnummer angeben:
_____

_____

c) Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsschutz? ja O nein O
(z.B. über Kreditkarte oder sind Sie Mitglied beim ADAC, dem Roten Kreuz oder einer anderen Vereinigung, die in Notfällen Rettungsdienstleistungen anbieten?
Name, Anschrift und Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer angeben:_____

_____

d) Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt? (ggf. Erstattungsnachweis einreichen) ja O nein O

e) Besteht eine private Unfallversicherung? ja O nein O
Falls ja, bitte geben Sie Name, Anschrift und Mitgliedsnummer an.

f) Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Auslandsreise-Kranken-Versicherung geltend gemacht? ja O nein O

Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? Was war damals passiert?_____

_____

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.

Ich ermächtige Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungen, Gesundheits- und Versorgungsämter der Union Krankenversicherung AG zur Ermittlung des Schadens erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende oder während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an die Union Krankenversicherung AG

_____ _____
(Ort / Datum) **Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)**

KAERA

Schadenregulierungsbüro

KAERA
Aktiengesellschaft
Industriestr. 4 - 6, 61440 Oberursel
Tel.: +49 (0) 6172 – 17 98 100
leistung@kaera-ag.de

Bitte diesen Vordruck nur ausfüllen, wenn das Schadenereignis in einem Land mit Sozialversicherungsabkommen eingetreten ist und keine private Inlandskrankenversicherung besteht!

Ich _____

Wohnhaft _____

_____

Hiermit trete ich meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse ab (Name und Adresse der Krankenkasse)

_____

_____

Versicherungsnummer:_____

betreffend Unfall/Erkrankung vom ____/_____/_____ in _____

an die Union Krankenversicherung AG, Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken ab

_____

(Ort / Datum) **Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)**

KAERA

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 Schaden möglichst gering zu halten und unnötige Kosten zu vermeiden.
- Schäden, die durch eine Straftat eintreten sind unverzüglich bei der zuständigen Polizeidienstelle 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.
- Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden. Diese Schweigepflichtentbindung bezieht sich jedoch nur auf den konkreten Versicherungsfall.
- alle 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.