

## Schadenanzeige zur Reiserücktrittskosten – Versicherung

### KAERA

Industrie & Touristik Versicherungsmakler  
Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel  
Tel.: +49 (0) 6172 – 99 761 - 120  
Fax: +49 (0) 6172 – 99 761 - 20  
E-Mail: schaden@kaera-makler.de

#### Angaben zur versicherten Person / Schaden-Nr.:

##### Wer hat die Reise gebucht?

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

##### Bitte geben Sie alle Reisteteilnehmer an, deren Reise storniert, verspätet angetreten wurde (bitte Vor – und Zunamen angeben): Vorname, Nachname

1. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

#### 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

##### Bitte beachten:

Wurde die Reise nicht als Pauschalreise gebucht, sondern mit einzelnen Reiseleistungen selbst zusammengestellt, muss die beigefügte Anlage 1 unbedingt ausgefüllt werden.

Reisedauer von: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Reiseart:      Flugreise       Busreise       Schiffsreise       sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für Sie oder für einen anderen Reisteteilnehmer eine weitere Reiserücktritts-Versicherung?     ja     nein

Falls ja:  
Für welche Personen:

Name des Versicherers und Versicherungsscheinnummer  
Oder des ausgebenden Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

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

#### Angaben zum Versicherung-Schutz wenn dieser Online (per Internet) abgeschlossen wurde

Bitte benennen Sie die Versicherungsscheinnummer Ihres Versicherungsausweises: \_\_\_\_\_  
Fügen Sie eine Kopie Ihres Versicherungsausweises bei, vielen Dank.

*Sollten diese Angaben fehlen, kann leider keine Bearbeitung Ihres Schadenfalls erfolgen!*

## Angabe zum Schadenfall

### Warum wurde die Reise storniert, verspätet angetreten?

Unerwartete schwere Erkrankung  (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage)  
Schwerer Unfall  (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage)  
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht:  nein /  ja (Bitte Unfallbericht beifügen)  
Name und Anschrift des Unfallverursachers/ Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name/ Anschrift / Vertrags-Nr.) \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  (Ärztliche Bescheinigung ausfüllen, s. Anlage)  
Tod  (Sterbeurkunde einreichen)  
Unerwartete betriebsbedingte Kündigung  (Kündigungsschreiben einreichen)  
Nichtversetzung bei Schüler  (Nachweis über Nichtversetzung beifügen)  
Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit  (Neuer Arbeitsvertrag und Bewilligungsbescheid)  
Arbeitsplatzwechsel  (Nachweis/ Kopie neuer Arbeitsvertrag)  
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 hat den o.g. Schadenfall ausgelöst?

Einer der Reiseteilnehmer  nein /  ja

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Ein nicht mitreisender Angehöriger?  nein /  ja

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Wie ist die Person mit den Reiseteilnehmern verwandt?

Bitte Nachweis beifügen.

Eine Betreuungsperson?  nein /  ja  
Wer hätte während der Reise betreut werden sollen? \_\_\_\_\_

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 der Reise geführt hat?

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

Wann wurde die Reise **storniert** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
genaues Datum

Wurde die Reise nicht unverzüglich storniert, bitte schriftliche Begründung angeben.  
\_\_\_\_\_

## Angaben zur Erstattung

### Steuern und Gebühren bei Pauschalreisen

[ ] ich habe die in Bezug auf die von mir mit gebuchten Flugtickets in den Stornokosten enthaltenen Steuern und Gebühren von meinem Veranstalter/ Airline zurückerhalten und verzichte daher auf eine entsprechende Regulierung. Hierbei handelt es sich um die Luftverkehrssteuer nach dem Luftverkehrssteuergesetz vom 09. Dezember 2010 sowie um Luftsicherheitskosten, Flughafengebühren und ausländische Steuern. Diese Steuern habe ich im Rahmen meiner Reisebuchung für die mit gebuchten Flugtickets an den Reiseveranstalter bezahlt. Zudem habe ich die Erstattung von Kerosinzuschlägen beantragt und für den mitgebuchten Flug bezahlt.

[ ] ich habe die Steuern und Gebühren (siehe oben) von meinem Veranstalter/ Airline nicht zurück erhalten und wünsche daher die Regulierung dieser Kosten durch die HDI Global SE/ KAERA. HDI Global SE bzw. KAERA möchte anschließend die Steuern/ Gebühren von dem Veranstalter/ Airline in Höhe ihrer Erstattungsleistung zurück fordern. Zu diesem Zweck trete ich mit meiner Unterschrift meine Ansprüche auf Rückerstattung gegen den Veranstalter/ Airline in diesem Umfang an HDI Global SE bzw. KAERA ab.

### Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden.

Die Entschädigung soll per Verrechnungsscheck an die folgende Person ausgezahlt werden:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

komplette Anschrift \_\_\_\_\_

(Ort / Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift (Vorname und Nachname) \_\_\_\_\_)

**Schaden-Nr.:**

**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 ausschließlich als Original an unsere o. g. Adresse zurück. Kopien können nicht anerkannt werden**

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

**KAERA** Industrie & Touristik Versicherungsmakler GmbH

Angaben zu Ihrem Patienten

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

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ /Strasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

1) genaue Diagnose, die zur **Reiseunfähigkeit** führte mit ICD 10 Code: \_\_\_\_\_

2) Aufgrund von: **Unfall**  **Erkrankung**

3) Wann erkrankte Ihr Patient/in, bzw. wann war der Unfall? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

4) Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/Unfall? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

5) Bestand zu diesem o. g. Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit?  ja /  nein

6) Falls ja, ab wann bestand keine uneingeschränkte Reisefähigkeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

7) Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

8) Erfolgten seit dem genannten Datum weitere Behandlungen  ja /  nein

Wenn ja, dann geben Sie bitte nachfolgend alle Behandlungstermine, ärztliche Kontrollen, Diagnosen und verordnete Medikamente an:

Genaues Datum angeben	Art der Behandlung	Diagnose/n mit ICD Code	Medikamente
-----------------------	--------------------	-------------------------	-------------

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Sollten weitere Ausführungen erforderlich sein, so verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt

9) Wann endet Ihre Behandlung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

10) Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlungen zu o.g. Diagnose stattgefunden? Ausgenommen sind Behandlungen bezüglich Vorsorge - und Routineuntersuchungen:  ja /  nein, falls ja, wann:

Datum	Art der Behandlung	Diagnose/n ICD 10Code	Medikamente
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____
_____/_____/_____/	_____	_____	_____

**Ärztliche Bescheinigung zur Reiserücktrittskosten-Versicherung vom behandelnden Arzt auszufüllen**  
Schaden-Nr.:

Patient: \_\_\_\_\_

11) War eine stationäre Behandlung nötig?  ja /  nein / **Notaufnahme?**  ja /  nein  
wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

Name des Krankenhaus/Klinik

Name des einweisenden Arztes: \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!**

12) Bestand Arbeitsunfähigkeit?  ja Wenn ja, von: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / bis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Bitte alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen**

Ist der Patient berufstätig?  ja /  nein

Ist der Patient selbstständig?  ja /  nein

Ist der Patient berentet?  ja /  nein

Lag keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei bitten wir um entsprechende Erläuterung: \_\_\_\_\_

13) Handelt es sich um eine Erkrankung, welche seit längerer Zeit besteht?  ja /  nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

Wann ist eine Verschlechterung eingetreten? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

14) Wurden Sie zur Zeit der Reisebuchung über die bevorstehende/geplante Reise informiert?  ja /  nein

Wurden Sie als Arzt danach gefragt? ja, am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)  nein

Durfte der Patient bei Buchung der Reise **sicher** mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen?  ja /  nein

15) Wann durfte in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr **sicher** mit dem planmäßigem Antritt der Reise gerechnet werden?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Datum)

Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (s. Frage 3) 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 /  nein

Wurden Sie vor Reisebuchung am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (Reisebuchungsdatum unbedingt eintragen) vom Ihrem Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?  ja /  nein

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung uneingeschränkte Reisefähigkeit?  ja /  nein

(Ort/ Datum)

(Stempel und Unterschrift des 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.

Die angeforderten Belege beizubringen.

### Zusätzlich bei:

#### Pauschalreisen

- Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters
- Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters

#### FeWo-Vollstorno (ohne Stornostaffel)

- Mietvertrag für die Ferienwohnung einschließlich der Rücktrittsbedingungen des Vermieters/Reiseveranstalters
- eine nach Ablauf des Mietzeitraums erstellte Bescheinigung des Vermieters/Reiseveranstalters, ob eine Weitervermietung möglich war
- Ausfallrechnung des Vermieters/Reiseveranstalters abzüglich ersparter Aufwendungen z. B. Endreinigung, sonstige Nebenkosten)

#### Ferienwohnung-Teilstorno (ohne Stornostaffel)

- Mietvertrag für die Ferienwohnung einschließlich der Rücktrittsbedingungen des Vermieters/Reiseveranstalters
- Bestätigung des Vermieters über die Anzahl der Personen, die das Mietobjekt tatsächlich genutzt haben

#### Flug

- Buchungsbestätigung des Fluges mit Angabe des Ticketpreises und der Ausweisung der Steuern und Gebühren
- Stornokostenrechnung der Fluggesellschaft bzw. Refundbeleg
- Nachweis, dass der Flug nicht angetreten worden ist (z.B. Ryanair)

#### Bootsanmietung-Vollstorno

- Buchungsbestätigung des Vercharterers
- Stornorechnung bzw. Ausfallrechnung des Vercharterers abzüglich ersparter Aufwendungen

#### Bootsanmietung-Teilstorno

- Buchungsbestätigung
- Ausfallrechnung des Vercharterers abzüglich ersparter Aufwendungen
- ursprüngliche und die endgültige Crewliste, erstellt jeweils durch den Vercharterer

#### Verspätung während der Hinreise

- Bestätigung vom Beförderungsunternehmen über die Verspätung des öffentlichen Verkehrsmittels
- Nachweis über die Mehrkosten der Hinreise z.B. neues Flugticket

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.

## EINZELREISELEISTUNGEN

### Anlage 1

Ifd. Nr.	Reiseleistungen (z.B.: Flug, Hotel, Mietauto u.s.w.)	Anzahl der Reisenden	gebucht am: (Datum)	Preis (bitte Wahrung angeben)	storniert am: (Datum)	Stornobetrag (bitte Stornorechnung beifügen)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Diese Anlage ist von den Versicherungsnehmern auszufüllen, welche keine Pauschalreise gebucht haben.

Bei Buchung von Einzelreiseleistungen muss diese Anlage ausgefüllt werden.

Bitte nummerieren Sie die Belege fortlaufend, damit eine entsprechende Zuordnung durch uns erfolgen kann. **Es können nur Originalbelege anerkannt werden.**