

## Schadenanzeige zur Reiseabbruch – Versicherung

### KAERA

Aktiengesellschaft  
Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel  
Tel.: +49 (0) 6172 – 99 761-0  
Fax: +49 (0) 6172 – 99 761-20  
E-Mail: [info@kaera-ag.de](mailto:info@kaera-ag.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 Buchungsbestätigung des Reiseveranstalter und Versicherungsausweis im Original beifügen**

**Bitte geben Sie alle Reiseteilnehmer an, deren Reise abgebrochen wurde (bitte Vor – und Zunamen angeben):**

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

#### Angaben zur gebuchten Reise/Versicherungsschutz

#### Bitte beachten:

**Wurde die Reise nicht bei einem Reiseveranstalter gebucht, sondern mit einzelnen Reiseleistungen selbst zusammengestellt, muss die beigefügte Anlage 1 unbedingt ausgefüllt werden.**

Die Buchung erfolgte am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (genaues Datum angeben)

über den Reiseveranstalter: \_\_\_\_\_ oder Reisebüro: \_\_\_\_\_

Abschluss der Versicherung am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Buchungs-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

#### Angaben zu weiteren Versicherungen

**Besteht für Sie oder für einen anderen Reiseteilnehmer 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 :**

Wurde die Reise abgebrochen? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (genaues Datum)

Wurde die Reise unterbrochen? Falls ja, bitte Zeitraum angeben

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

Datum von bis

Warum wurde die Reise abgebrochen bzw. unterbrochen?

Unerwartet schwere Erkrankung

schwerer Unfall

Tod

Schaden am Eigentum

Bitte fügen Sie **unbedingt** einen geeigneten Nachweis bei, damit eine Regulierung erfolgen kann, Aufenthaltsbescheinigung eines Krankenhauses zum Nachweis eines stationären Aufenthaltes, Sterbeurkunde, ärztliche Bescheinigung des behandelten Arztes vom Urlaubsort, Polizeimeldung bei Straftat eines Dritten.

Bei Unfall: Wer hat den Unfall verschuldet?

Wer hat den Schadenfall ausgelöst? Einer der Reiseteilnehmer  nein /  ja

Name, Vorname

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

Wann ist das **Ereignis eingetreten**, welches zum Abbruch/ Unterbrechung der Reise geführt hat? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(genaues Datum)

Sind Kosten durch den Reiseabbruch bzw. durch die Unterbrechung der Rundreise angefallen? Wenn ja, welche?

(Bitte entsprechende Nachweise/ Rechnungen beifügen) Nicht versichert sind Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren, etc.

Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen bei Reiseabbruch

(Bitte entsprechende Nachweise/ Rechnungen beifügen) Die Reise gilt an dem Tag als abgebrochen, an dem die außerplanmäßige Heimreise angetreten wird.

**Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigefügt:**

**Beigefügt**

Versicherungsausweis **im Original**  ja

Buchungsbestätigung/ Mietvertrag Ihres Reiseveranstalters **im Original**  ja

Nicht genutzte Flugscheine oder Fahrausweise/ zusätzlich erworbene Flugscheine oder Fahrausweise  ja

Sterbeurkunde **in Kopie**  ja

Fachärztliches Attest des am Urlaubsort behandelnden Arztes  ja

Klinikbescheinigung  ja

Bestätigung über die frühzeitige Abreise/Ferienwohnung **im Original**  ...ja

Sonstige Bescheinigungen \_\_\_\_\_

## Angaben zu weiteren Versicherungen

1. Welcher Krankenkasse (z.B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz gehört die erkrankte/ verletzte Person an?

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Versicherungsnummer/ Mitgliedsnummer

2. Besitzt die erkrankte/ verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-, Soforthilfe- oder Reiserücktritts-Versicherung? O nein / O ja

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

### 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 Reiseteilnehmers (Vorname und Nachname)

## Erklärung der versicherten Person

### Schweigepflichtentbindungserklärung/ Datenschutz

Sie beiliegende Schadenanzeige wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reiseabbruch-Versicherung übersandt. Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG und KAERA Aktiengesellschaft im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei dem Arzt bzw. Krankenhaus, der /das die beigefügte Schadenanzeige ausgestellt hat oder darin benannt wird, erheben darf. Hierzu befreie ich den / die Genannte / die Angehörigen des / Genannten von seiner / ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der KAERA entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab.

Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Alle Erklärungen gelten über meinen Tod hinaus und sind jederzeit widerrufbar.

Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Wir informieren Sie hiermit, dass der Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich der Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können.

### 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.**

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Schaden-Nr.:

**KAERA** Aktiengesellschaft  
Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel  
Tel.:+49 (0) 6172 – 99 761 - 0, E-Mail: [info@kaera-ag.de](mailto:info@kaera-ag.de)

## Ärztliche Bescheinigung zur Reiseabbruch-Versicherung

### Informationen für den behandelnden Arzt.

Es werden Ansprüche aus einer bestehenden Reiserücktrittskosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß §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 im Original an unsere o.g. Adresse zurück

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

**KAERA** Industrie & Touristik Versicherungsmakler GmbH

### Angabe zu dem Patienten

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

## A) Reiseabbruch

Diagnose, die zum **Reiseabbruch** führte mit **ICD 10 Code**: \_\_\_\_\_

Wann wurde diese **Diagnose gestellt**, bzw. wann erkrankte der Patient am **Urlaubsort** an dieser Krankheit: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum)**

Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit bei Ihnen? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum)**

Erfolgten weitere Behandlungen:  ja /  nein Wenn ja, wann:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum angeben)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum angeben)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum angeben)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum angeben)**

Welche Behandlung, bzw. welche Arzneien wurden verordnet:

Wann endete Ihre Behandlung dieser Krankheit: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ **(genaues Datum angeben)**

(Ort/ Datum und Unterschrift des Arztes )

( Stempel 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.  
Und die angeforderten Belege beizubringen.

### **Zusätzlich bei:**

#### **Pauschalreisen**

- Angabe des genauen Datums, an dem die Reise abgebrochen wurde (Datum der Rückreise)
- Angaben und Belege darüber, wann die gebuchte Unterkunft bezogen bzw. verlassen wurde (z.B. An- bzw. Abreisebestätigung des Vermieters/Reiseveranstalters)
- Nachweis über die Höhe der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen
- Nachweis über die Mehrkosten der Rückreise (z.B. zusätzlich erworbene Flugscheine)
- Nachweis über die Mehrkosten des verlängerten Aufenthalts
- Bescheinigung des Reiseveranstalters, ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgt(e)
- Nachweis über den Grund des Reiseabbruchs bzw. des verlängerten Aufenthalts (z.B. Attest des am Urlaubsort behandelnden Arztes mit Beginn und Diagnose der Erkrankung)

#### **Verspätungsschutz während der Rückreise**

- Bestätigung vom Beförderungsunternehmen über die Verspätung
- Nachweis über die Kosten für Aufwendungen (Verpflegung und Unterkunft)

#### **Unterbrechung der Rundreise**

- Nachweis über die Nachreisekosten zum Wiederanschluss an die Reisegruppe

#### **Umbuchung Flug**

- Nachweis der Fluggesellschaft über die Umbuchung
- Buchungsbestätigung der neuen Flüge
- Nachweis über den Grund der Umbuchung

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.**