

Schadenanzeige zur Reiserücktrittskostenversicherung

Kreditkartennummer

Schadennummer (wird vom Versicherer ausgefüllt)

Versicherungsnehmer Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Fax, Beruf

Lieber Kunde,

bitte senden Sie uns diese Schadenanzeige umgehend zurück. Unsere Anschrift finden Sie auf der Rückseite. Sie helfen uns, den Schaden zügig zu bearbeiten.

Ihre KRAVAG-LOGISTIC

Konto für Überweisungen

Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Name der Reisetilnehmer, deren Reisebuchung ebenfalls storniert bzw. deren Reise abgebrochen wurde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Angaben zur stornierten Reisebuchung bzw. abgebrochenen Reise

Reiseveranstalter

Reiseland

Die Reise wurde gebucht am

Geplanter Reisebeginn

Geplantes Reiseende

Angaben zum Versicherungsfall

Warum wurde die Reisebuchung storniert bzw. die Reise abgebrochen? - Bitte fügen Sie geeignete Nachweise bei.

Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod Impfunverträglichkeit

Unfall: Wer hat den Unfall verschuldet? ▷

Schaden am Eigentum durch Elementarereignisse Feuer strafbare Handlungen (z.B. Einbruchdiebstahl)

Arbeitsaufnahme Arbeitslosigkeit

Wer wurde direkt davon betroffen?

Einer der Reisetilnehmer?

nein ja ▷

Name, Vorname

Oder ein nicht mitreisender

Angehöriger

nein ja ▷

Name, Vorname, Anschrift

Wie verwandt mit dem Reisetilnehmer? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung? (Bitte fügen Sie z.B. eine Kopie des Personalausweises mit Rückseite als Nachweis bei).

Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?

Datum

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung/Abruch der Reise geführt hat?

Wann wurde die Reisebuchung storniert?

Datum

Wenn nicht unverzüglich storniert wurde, bitte Begründung für die Verzögerung angeben

Wann wurde der Abruch dem Reiseveranstalter mitgeteilt?

Datum

Stornokosten?

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt ▷

EUR

Welche zusätzlichen Rückreisekosten sind Ihnen aufgrund des Abbruchs der Reise entstanden? Bitte fügen Sie eine Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen bei

EUR

Besteht oder bestand für die versicherte Reise noch eine weitere Reiserücktrittskosten-Versicherung?

Versicherungsschein-Nr.

nein ja, bei welcher Gesellschaft ▷

Anlage

Kreditkarten-Abrechnung

Beigefügt

ja nein

Buchungsbestätigung

ja nein

Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters

ja nein

Sterbeurkunde

ja nein

(Fachärztliches) Attest

ja nein

Anlage

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Beigefügt

ja nein

Kündigungsschreiben des Arbeitgebers

ja nein

Bescheinigung des Arbeitsamtes

ja nein

Nachweis bei Schaden am Eigentum

ja nein

Sonstige Unterlagen ▷

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Dieses Anschriftenfeld eignet sich zum
Versand in Fensterbriefhüllen

An
KRAVAG-LOGISTIC
Transportabteilung

Voltastrasse 84
60486 Frankfurt

Eingangsstempel

Bescheinigung des behandelnden Arztes (Bitte möglichst in Blockschrift ausfüllen)

Wir bitten um Vervollständigung des Formblattes und Rücksendung an uns. Evtl. Kosten des Attestes können im Rahmen dieser Versicherung leider nicht übernommen werden.

Name des Patienten

geb. am

Anschrift

1. Aufgrund welcher Gesundheitsstörung kann die Reise nicht angetreten werden? (bitte genaue Diagnose)

ICD10CODE

2. Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

nein ja, seit wann?

Liegt eine unvorhersehbare Verschlimmerung vor?

nein ja

War bei dieser Diagnose mit einer Verschlimmerung zu rechnen?

nein ja

3. Wenn es sich um eine völlig neue medizinische Situation handelt, wann ist diese zum ersten Mal aufgetreten?

4. Wurden Sie vor der umseitig vermerkten Reisebuchung gefragt, ob Reisefähigkeit besteht?

nein ja, wie war die Beurteilung?

5. Haben Sie ggf. von der Buchung der Reise abgeraten?

6. Wann war erstmalig erkennbar, dass der Patient die geplante Reise nicht würde antreten können?

7. Ist diese Krankheit als so ernst anzusehen, dass Sie dem Patienten die Urlaubsreise verbieten müssen?

Bei Krankheit nicht reisender Angehöriger

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten angezeigt war?

Datum

Bei Schwangerschaft

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Woche

Wie lautet der errechnete Entbindungstermin?

Datum

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt/
Fortsetzung der Reise in Anbetracht der
Schwangerschaft nicht zumutbar ist?

Datum

Weswegen war die Reise nicht zumutbar?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Wir wollen Ihre Ansprüche schnell prüfen. Hierzu ist es erforderlich, weitere Informationen einzuholen. Damit uns behandelnde Ärzte Auskunft geben dürfen, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindungserklärung.

Wir sind gesetzlich verpflichtet darauf hinzuweisen, dass Sie diese Erklärung nicht abgeben müssen bzw. sie jederzeit widerrufen können.

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Die KRAVAG-LOGISTIC prüft die Ansprüche aus dem o. g. Schadenfall.

Dazu befreie ich Ärzte, ärztliche Einrichtungen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von Ihrer Schweigepflicht.

Die Mitarbeiter der KRAVAG-LOGISTIC entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, wenn sie zur Leistungsprüfung Gesundheitsdaten weitergeben.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft

Heidenkampsweg 102, D-20097 Hamburg; Telefon (040) 2 36 06-0, Telefax (040) 2 36 06 4366; E-Mail: info@kravag.de, Internet http://www.kravag.de.
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Generaldirektor Dr. Friedrich Caspers; Vorstand: Bernhard Meyer, Vorsitzender; Heinz-Jürgen Kallerhoff, Dr. Edgar Martin, Tassilo Sigg
Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Handelsregister Nr.: HRB 76536, Amtsgericht Hamburg, Steuer-Nr. 27 141 00346, USt-IdNr.: DE 218618884*

* Die Leistungen des Versicherungsunternehmens sind von der Umsatzsteuer befreit.