

Schadenanzeige zur Reiserücktrittskosten-/Reiseabbruch-Versicherung

Kreditkartennummer (die ersten 6 und letzten 4 Stellen)

□□□□ □□ XX XXXX □□□□

Vertragsnummer

85-460994020

Karteninhaber

Name, Vorname, Anschrift, Telefon:

E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Schadenbearbeitung ☐ ja ☐ nein
unverschlüsselte E-Mails an mich versandt werden.

Möglichkeit der Online-Schadenmeldung



Schadenmeldung Reiserücktritt

Konto für Überweisungen (Die Zahlung auf die Kreditkarte ist nicht möglich. Ohne Angabe einer Kontoverbindung ist eine Auszahlung nicht möglich.)

IBAN

Bank

DE

Namen der Reiset Teilnehmer, deren Reisebuchung storniert bzw. deren Reise abgebrochen wurde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis */
Lebensgefährte **

Karteninhaber

* besteht keine Namensgleichheit, bitte Nachweis durch z. B. Heiratsurkunde beifügen

* für mitreisende volljährige Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bitte einen Ausbildungsnachweis oder eine Schul- oder Studienbescheinigung beifügen

** bitte Nachweis des gemeinschaftlichen Wohnsitzes durch Kopie des Personalausweises bzw. der Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamts beifügen

Angaben zur stornierten Reisebuchung bzw. abgebrochenen Reise

Reiseveranstalter

Reiseland

Die Reise wurde gebucht am

geplanter Reisebeginn

geplantes Reiseende

Wann trat das Ereignis ein, das zur Stornierung bzw.
zum Abbruch der Reise geführt hat?

Datum (TT.MM.JJJJ)

Wann wurde die Reise storniert?

Datum (TT.MM.JJJJ)

Wann haben Sie die Reise abgebrochen und die Rückreise angetreten?

Datum (TT.MM.JJJJ)

Angaben zum Versicherungsfall

Warum wurde die Reisebuchung storniert bzw. die Reise abgebrochen? Bitte kreuzen Sie den Grund für die Stornierung/den Abbruch an und fügen Sie uns die jeweils erforderlichen Unterlagen bei.

☐ unerwartete schwere Erkrankung ☐ Schwangerschaft ☐ Tod ☐ schwere Unfallverletzung ☐ Impfunverträglichkeit

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

☐ Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit

☐ betriebsbedingte Kündigung

Bei unerwarteter schwerer Erkrankung und
bei schwerer Unfallverletzung



Bitte lassen Sie den beigelegten Fragebogen "Ärztliche Bescheinigung Teil A" vom
behandelnden Arzt ausfüllen, unterschreiben und abstempeln.

Bei Unfall:

Wer hat den Unfall verschuldet (geben Sie bitte Namen und Anschrift des Unfallverursachers
an)?

Bei Schwangerschaft



Bitte lassen Sie den beigelegten Fragebogen "Ärztliche Bescheinigung Teil B" vom
behandelnden Arzt ausfüllen, unterschreiben und abstempeln.

Bei betriebsbedingter Kündigung



Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben des bisherigen Arbeitgebers.

Bei Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses
nach Arbeitslosigkeit



Bitte senden Sie uns den neuen Arbeitsvertrag sowie die Bestätigung vom Arbeitsamt über
die Arbeitslosigkeit zum Buchungszeitpunkt.

Bei Tod



Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschafts-
verhältnis zum Verstorbenen mit (fügen Sie einen geeigneten Nachweis bei).
Bei Tod des Karteninhabers bitte Erbnachweis beifügen.

Bei Schaden am Eigentum



Bitte senden Sie uns einen Nachweis über den Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche
Anzeige, Bestätigung der Schadenmeldung bei Elementarschäden etc.)

Dieses Anschriftenfeld eignet sich
zum Versand in Fensterbriefhüllen

An
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
Transportabteilung
Voltastraße 84
60486 Frankfurt

E-Mail: Schaden@kravag.de
Telefax: 069-7803-1899

(Wir behalten uns vor, die Originalunterlagen anzufordern.)

Telefon: 069-7803-8641

Welche Kosten sind Ihnen entstanden?

☐ **Aufstellung der Stornokosten bei Rücktritt von der Reise**
(z. B. Flüge, Hotel, Mietwagen etc.)

☐ **Aufstellung der Kosten bei Abbruch der Reise**
(nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen/zusätzliche
Rückreisekosten)

EUR

Bitte senden Sie uns die angegebenen Unterlagen:

Bei Reiserücktritt



- ursprüngliche Buchungsunterlagen mit Buchungsdatum
- Stornorechnungen

Bei Reiseabbruch



- ursprüngliche Buchungsunterlagen mit Buchungsdatum
- Belege über die abbruchbedingten Mehraufwendungen
- evtl. Gutschriften des Reiseveranstalters
- Aufstellung des Reiseveranstalters über die nicht genutzten
Reiseleistungen ohne An- und Abreisekosten

Besteht für die versicherte Reise noch eine weitere Reiserücktrittskosten-/Reiseabbruch-Versicherung?

Versicherungsschein-Nr.

☐ nein ☐ ja, bei welcher Gesellschaft ▶
(mit Adresse)

Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet? (Wenn ja, fügen Sie bitte den bereits erfolgten Schriftwechsel bei.)

☐ ja ☐ nein

**Ich bin damit einverstanden, dass Unterlagen, die nicht die Reiserücktritts- oder Reiseabbruchversicherung betreffen,
zur weiteren Prüfung an die in dem Versicherungsnachweis genannten Versicherer weitergeleitet werden.**

☐ ja ☐ nein

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

**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 Karteninhabers



Bescheinigung des behandelnden Arztes

Kreditkartennummer (die ersten 6 und letzten 4 Stellen)

Vertragsnummer

□□□□ □□XX XXXX □□□□

85-460994020

Name, Vorname des Karteninhabers

Buchungsdatum

Reiseland

Reise von - bis

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift des Patienten

Verwandtschaftliches Verhältnis zum Karteninhaber (z. B. Tochter, Sohn, Mutter, Vater)

A. Bei Krankheit/Unfall

☐ Reiset Teilnehmer

☐ nicht reisender Angehöriger

ICD10CODE

1. Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:

1.1 Wann erkrankte bzw. verunfallte der Patient?

Datum (TT.MM.JJ)

1.2 Wann erfolgte die erste Behandlung der Symptome?

Durch wen?

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig?

☐ nein

☐ ja, von - bis

Falls ja, bitte Entlassungsbericht beifügen.

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein

☐ ja, von - bis

2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, Datum der Erstdiagnose

Datum (TT.MM.JJ)

Welche Behandlungen fanden in den 6 Monaten vor Buchung der Reise statt (bitte mit Datum)?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie äußerte sich die Verschlechterung?

3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

☐ nein

☐ ja

Datum (TT.MM.JJ)

Falls ja, welche?

Datum der Erstdiagnose der Vorerkrankung:

Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

4. Wann war erstmalig erkennbar, dass der Patient die Reise nicht antreten bzw. fortsetzen kann?

Datum (TT.MM.JJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

5. Bei Krankheit/Unfall eines nicht reisenden Angehörigen

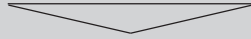
5.1 Wann war erstmalig erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten erforderlich ist?

Datum (TT.MM.JJ)

Falls dieses Datum vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens abweicht, bitten wir um eine entsprechende Erläuterung:

5.2 Warum ist die Anwesenheit der Angehörigen erforderlich?

Dieses Anschriftenfeld eignet sich
zum Versand in Fensterbriefhüllen



An
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
Transportabteilung
Voltastraße 84
60486 Frankfurt

Vertragsnummer

85-460994020

E-Mail: Schaden@kravag.de
Telefax: 069-7803-1899

(Wir behalten uns vor, die Originalunterlagen anzufordern.)

Telefon: 069-7803-8641

Auszufüllen von
Arzt

B. Bei Schwangerschaft

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche
wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum (TT.MM.JJ) Woche

Wie lautet der errechnete Entbindungstermin?

Datum (TT.MM.JJ)

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

Datum (TT.MM.JJ)

Aufgrund welcher Komplikationen kann die Reise nicht angetreten oder fortgesetzt werden?

Bestätigung des Arztes

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Auszufüllen von
Patient

Wir wollen Ihre Ansprüche schnell prüfen. Hierzu ist es gegebenenfalls 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 Mitarbeitende der KRAVAG-LOGISTIC entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, wenn sie zur Leistungsprüfung Gesundheitsdaten weitergeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten