

## Abwicklungsstelle

KAERA Aktiengesellschaft, Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel

Tel: 06172 / 17 98 100

leistung@kaera-ag.de, www.kaera-ag.de

An den behandelnden Arzt/ Ärztin



**KAERA AG**

ist Schadenregulierungsbüro von

**Reiseversicherungen** ➔ **direkt.de**



## Ärztliche Bescheinigung zur Reiseversicherung

### Schadennummer:

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

als Abwicklungsstelle für den Reiseschutz sind wir mit der Prüfung der Eintrittspflicht und Regulierung einzelner Ersatzansprüche beauftragt.

Es werden Ansprüche aus einer bestehenden Reiserücktritts- bzw. Reiseabbruchkosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß Artikel 7 der Versicherungsbedingungen zum Reiseversicherungsschutz ist die versicherte Person verpflichtet, die behandelnde Ärztin/ 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 zurück. Kopien können nicht anerkannt werden.

Sie können uns das ausgefüllte und unterschriebene Dokument als Scan per E-Mail unter [leistung@kaera-ag.de](mailto:leistung@kaera-ag.de) oder auf dem Postweg übermitteln.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Kundenservice der KAERA Aktiengesellschaft

## Abwicklungsstelle

KAERA Aktiengesellschaft, Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel  
Tel: 06172 / 17 98 100  
leistung@kaera-ag.de, www.kaera-ag.de



KAERA AG

## Anhang\_Ärztliche Bescheinigung\_Schwangerschaft

ist Schadenregulierungsbüro von

Reiseversicherungen direkt.de

## Schadennummer

Von KAERA auszufüllen



### Angaben zur Patientin

|              |            |              |
|--------------|------------|--------------|
| Anrede       | Vorname    | Nachname     |
| Straße       | Hausnummer | Geburtsdatum |
| Postleitzahl | Ort        | Land         |

### Angaben zur Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

\_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_  
Datum

In welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

\_\_\_\_\_  
Woche

Wann ist der errechnete Geburtstermin? - Bitte **Kopie des Mutterschutzpasses** beilegen

\_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_  
Datum

Verlief die Schwangerschaft seit Beginn ohne Komplikation?

☐ Ja ☐ Nein

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

\_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_  
Datum

Sind zum o.g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte nachstehend **benennen Sie bitte nachstehend die Diagnose mit ICD 10 Code**

\_\_\_\_\_  
Diagnose

\_\_\_\_\_  
ICD 10 Code

Bestand Arbeitsunfähigkeit? - Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beilegen

☐ Nein ☐ Ja, seit wann \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes