

## Abwicklungsstelle

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



KAERA AG

ist Schadenregulierungsbüro von

Reiseversicherungen → direkt.de

## Schadenanzeige

### Ihre Schadennummer:

Von KAERA auszufüllen



### Grundsätzliche Information - Welche Versicherungsleistung betrifft Ihren Schaden?

_____	_____	_____	_____
Anrede	Vorname Versicherungsnehmer*in	Nachname Versicherungsnehmer*in	Versicherungsscheinnummer
Art des Schadens	Erkrankung im Ausland		

### Information Anspruchsteller\*in - Wer stellt den Anspruch?

_____	_____	_____
Anrede	Vorname	Nachname
_____	_____	_____
Straße	Hausnummer	
_____	_____	_____
Postleitzahl	Ort	Land
____.____.____	_____	_____
Geburtsdatum	E-Mailadresse	Telefonnummer (Format: +49 (0) 1111 12345)
_____	_____	_____
Beruf	Geburtsland	Staatsangehörigkeit

Bitte geben Sie für die zukünftige Kommunikation mit der KAERA AG eine E-Mailadresse an.

### Angaben zur gebuchten Reise/zum Versicherungsschutz

____.____.____	_____	____.____.____	____.____.____		
Buchungsdatum	Buchungsnummer	Reisebeginn (Datum)	Reiseende (Datum)		
_____	_____	_____	____.____.____, ____ €		
Name Reiseveranstalter	Name Reisebüro	Reiseziel	Gesamtreisepreis (EUR)		
<b>Art der Reise</b>	Flug	Bahn	Bus	Schiff	Sonstige Reise
<b>Versicherungsschutz</b> _____					
____.____.____	Wurde die Selbstbeteiligung bereits vor Ort bezahlt?	Nein	Ja, in Höhe von	____.____.____, ____ €	Höhe bezahlter Selbstbehalt
Ausstelldatum Versicherung					

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Angaben zum Krankheitsverlauf/Unfallhergang - Bitte detaillieren

Bitte schildern Sie kurz den Krankheitsverlauf/Ihre Beschwerden; bei einem Unfall bitte den Unfallhergang

Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose?

ICD Code

Wann und wo trat die Erkrankung erstmalig auf?

Datum

Ort

Welche Kosten sind Ihnen im Einzelnen entstanden?

Arzt/Rechnungssteller

Behandlungs-/Rechnungsdatum

Rechnungsbetrag in EUR

Bar

Karte

Rechnungen, Quittungen, ärztliche Verordnungen im Original einreichen, sowie ggfs. Umtauschquittungen, Kreditkartenabrechnungen (in Kopie)

Wurden Sie am Urlaubsort stationär behandelt?

Nein

Ja, mit Aufenthalt von

Datum

bis

Datum

Name Krankenhaus (KKH)

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z.B. Hotelarzt) voraus?

Nein

Ja, mit Behandlung von

Datum Behandlung

bis

Datum Behandlung

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt?

Nein

Ja, bitte nachstehend detaillieren

Name behandelnder Arzt

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

Waren Sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung?

Nein

Ja, bitte nachstehend detaillieren

Name nachbehandelnder Arzt

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Zusätzliche Angaben bei einem Unfall – Bitte detaillieren

Wann ereignete sich der Unfall?	____.____.____ Datum Unfall	____:____ Uhr Uhrzeit Unfall
Wer hat den Unfall verursacht?	Selbst      Andere Person, <i>bitte nachstehend detaillieren</i>	
_____ Name Unfallverursacher	_____ Straße	_____ Haus-Nr.
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Land
Gab es Augenzeugen?	Nein      Ja, <i>bitte nachstehend detaillieren</i>	
_____ Name Augenzeuge	_____ Straße	_____ Haus-Nr.
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Land
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?	Nein      Ja, <i>bitte nachstehend detaillieren und Polizeiprotokoll nachreichen</i>	
_____ Name Polizeidienststelle	_____ Ort Polizeidienststelle	_____ Aktenzeichen

### Allgemeine Versicherungsangaben

In welcher gesetzlichen oder privaten Krankenkasse sind Sie Mitglied?		
_____ Name Krankenkasse	_____ Straße	_____ Haus-Nr.
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Mitgliedsnummer
Falls Sie gesetzlich versichert sind, besteht eine private Zusatzversicherung mit Auslandsreise-Kranken-Schutz?		
Nein      Ja, <i>bitte nachstehend detaillieren</i>		
_____ Name Zusatzversicherer	_____ Straße	_____ Haus-Nr.
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Versicherungsnummer

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Allgemeine Versicherungsangaben

Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsschutz, z.B. über Ihre Kreditkarte, über Ihre ADAC-, Rotes Kreuz- oder einer anderen Mitgliedschaft, die in Notfällen Rettungsdienstleistungen anbieten)?

Nein      Ja, *bitte nachstehend detaillieren*

\_\_\_\_\_  
Name weiterer Anbieter

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Mitglieds-/Kreditkartennummer

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt?

Nein      Ja, *bitte Erstattungsnachweis nachreichen*

Besteht eine private Unfallversicherung?

Nein      Ja, *bitte nachstehend detaillieren*

\_\_\_\_\_  
Name weiterer Anbieter

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Auslandsreise-Kranken-Versicherung geltend gemacht?

Nein      Ja, *bitte nachstehend detaillieren*

\_\_\_\_\_  
Name Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Datum Anspruchsstellung

\_\_\_\_\_  
Grund des geltend gemachten Anspruchs

### Angaben zum Kontoinhaber

**Die Erstattung ist gewünscht auf nebenstehendes Konto**

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

**Bitte kein Kreditkartenkonto verwenden. Die Verarbeitung ist nicht möglich**

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Ist der Antragsteller gleichzeitig der Kontoinhaber?

Ja      Nein - *bitte füllen bitte nachstehende Anschriftenfelder aus*

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Land

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Angaben zur Belehrung, Ermächtigung und Abtretung sowie zum Datenschutz

#### Belehrung zur Wahrheitspflicht und Abtretung

Ich habe die Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Seite 7 dieser Schadenanzeige) zur Kenntnis genommen und stimme dieser zu.

Ich versichere, dass meine Angaben in dieser Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die Hinweise gemäß § 28 Abs. 4 über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen eine gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. gegen andere ersatzpflichtige Dritte in Höhe der von der Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft (UKV) gezahlten Leistungen an die UKV ab.

#### Entbindung der Schweigepflicht

Ich ermächtige Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, insbesondere gesetzlichen Krankenversicherungen, Gesundheits- und Versorgungsämter der KAERA AG/ der Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft die zur Ermittlung des Schadens erforderliche Auskünfte über frühere, bestehende oder während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

#### Einwilligung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die KAERA AG meine Daten zur Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail nutzt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die KAERA AG zur Bearbeitung meines Schadens meine personenbezogenen Daten verarbeitet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anspruchsteller

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Schadenregulierungsbüro

**KAERA**

Aktiengesellschaft

Abwicklungsunternehmen

KAERA AG

Industriestr. 4- 6

61440 Oberursel

Tel. 06172 - 1798 100

Bitte diesen Vordruck ausfüllen, wenn das Schadenereignis in einem Land mit Sozialversicherungsabkommen eingetreten ist und keine private Inlandskrankenversicherung besteht!

Ich

Vorname

Nachname

Wohnhaft in

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

Trete hiermit meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse

Name Krankenkasse

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Versicherungsnummer

Betreffend meiner Erkrankung/meines Unfalls vom

Datum

Ort

An die Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Peter-Zimmer-Str. 2, 66123 Saarbrücken, ab.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller  
(bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

# Schadenanzeige

## Ihre Schadennummer:

### Anhang

#### **Wichtige Belehrung über die Folgen bei der Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

#### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/ Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

#### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als 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 die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

#### **Hinweis**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Stand 2023