

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

Ärztliche Bescheinigung zur Reiseversicherung

Schadensnummer:

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 Reiserücktrittskosten- bzw. Reiseabbruchkosten-Versicherung geltend gemacht. Gemäß Artikel 6 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 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

Aktiengesellschaft

Anhang_Ärztliche Bescheinigung_Angehörige

Schadennummer

Von KAERA auszufüllen

Angaben zur Patientin

_____	_____	_____
Anrede	Vorname	Nachname
_____	_____	_____
Straße	Hausnummer	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Postleitzahl	Ort	Land

Angaben zur Erkrankung

Wie lautet Ihre Diagnose, welche zur Reiseunfähigkeit führte?

_____ ICD 10 Code

Diagnose - bitte beschreiben

Was ist der Grund für die Diagnose?

Unfall Erkrankung

Wann erkrankte der Patient daran
bzw. wann war der Unfall? _____ Datum

Wann erfolgte die erste Behandlung
dieser Krankheit/ des Unfall? _____ Datum

Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart?

_____ Datum

Erfolgten seit dem Datum weitere Behandlungen?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte nachfolgend alle Behandlungstermine, Behandlungen, Diagnosen, verordnete Medikamente an.

Genaueres Datum	Art der Behandlung	Diagnose mit ICD Code	Medikament
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wann endet die Behandlung?

_____ Datum

Ärztliche Bescheinigung_Angehörige

Schadennummer

Patient*in

Angaben zum Patient*in

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

Nein

Ja, seit

____.____._____
Datum

Wann ist eine

Verschlechterung eingetreten? Datum

____.____._____
Datum

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/ der Patient*in angezeigt war?

____.____._____
Datum (genau)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes