

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

Anhang_Ärztliche Bescheinigung_Schwangerschaft

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