

Bitte **vollständig** vom Arzt ausfüllen, unterschreiben und abstempeln lassen.

## Bescheinigung des behandelnden Arztes

Kreditkartennummer	Schadensnummer	Vertragsnummer
		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**       Reiseteilnehmer       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?      Datum (TT.MM.JJ)

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig?       nein       ja, von - bis      Datum (TT.MM.JJ)  
Falls ja, bitte Entlassungsbericht beifügen.

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit?       nein       ja, von - bis      Datum (TT.MM.JJ)

**2. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?**       nein       ja  
Falls ja, Datum der Erstdiagnose      Datum (TT.MM.JJ)  
Wann fanden die einzelnen Behandlungen statt?      Datum (TT.MM.JJ)  
Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?       nein       ja  
Falls ja, worin bestand diese?      Datum (TT.MM.JJ)

**3. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?**       nein       ja  
Falls ja, welche?      Datum der Erstdiagnose der Vorerkrankung:      Datum (TT.MM.JJ)

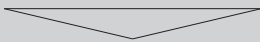
Welche Medikation und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. durchgeführt?

**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**      Datum (TT.MM.JJ)  
**5.1 Wann war erstmalig erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten angezeigt 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



Vertragsnummer

85-460994020

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

E-Mail: Schaden\_Transport@kravag.de  
Telefax: 069-7803-1899  
Telefon: 069-7803-8641

**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?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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 Mitarbeiter der KRAVAG-LOGISTIC entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, wenn sie zur Leistungsprüfung Gesundheitsdaten weitergeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten