

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Kreditkartennummer

XX XXXX

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?

Bei wem?

1.3 Medikation und therapeutische Maßnahmen:

1.4 War eine stationäre Behandlung nötig?

☐ nein

☐ ja, von - bis

Falls ja, bitte Entlassungsbericht beifügen.

1.5 Bestand Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein

☐ ja, von - bis

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

☐ nein

☐ ja

Falls ja, Datum der Erstdiagnose

Datum (TT.MM.JJ)

Welche Behandlungen fanden 6 Monate vor Buchung der Reise statt (bitte mit Datum)?

Ist eine unvorhergesehene Verschlechterung eingetreten?

☐ nein

☐ ja

Falls ja, worin bestand diese?

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

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@kravag.de
Telefax: 069-7803-1899

(Wir behalten uns vor, die Originalunterlagen anzufordern.)

Telefon: 069-7803-8641

Ausfüllen von
Arzt / Ärztin

B. Bei Schwangerschaft

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche
wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum (TT.MM.JJ) Woche

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)

Wie lautet der errechnete Entbindungstermin?

Aufgrund welcher Komplikationen kann die Reise nicht angetreten oder fortgesetzt werden?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ausfüllen von
Patient/-in

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