

MERKBLATT

Schadenanzeige Reise-Krankenversicherung

Lifecard Travel Assistance GmbH
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at
www.lta-reiseschutz.at

Liebe LTA-Kunden,

um Ihren Schadenfall möglichst schnell bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Unterlagen:

- eine komplett ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeige
- Reise-Buchungsbestätigung in Kopie
- Haben Sie sich in einem Land, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht, ärztlich behandeln lassen, bitten wir Sie, die Kosten bei Ihrer Krankenkasse einzureichen und das Abrechnungsschreiben, sowie die mit einem Bearbeitungszeichen versehenen Kostenbelege beizufügen.

Länder mit Sozialversicherungsabkommen:

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (griechischer Teil)

Stand 22.11.2013

Bitte beachten Sie bei Ihrem nächsten Besuch in den folgenden Ländern:

[Bosnien-Herzegowina](#), [Montenegro](#), [Tunesien](#), [Türkei](#) auf die Mitnahme eines Auslandskrankenscheins oder „Anspruchsbescheinigung T/A 11“ anstelle der Europäischen Krankenversicherungskarte EHIC Ihrer Krankenkasse, da diese für die Leistungen der medizinischen Grundversorgung zuständig ist.

- Für alle anderen Länder, benötigen wir die **Originalrechnungen** zu Arzt – und Spitalbehandlungen
- Zahlungsnachweise über die Höhe der gezahlten Behandlungsrechnungen (z.B. Kreditkartenabrechnung, Kontoauszug)

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Hilfe.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung unter: **0662-876402**.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

Einwilligungserklärung in die Erhebung von Gesundheitsdaten und Auskunfts Vollmacht

Name, Vorname Antragsteller/Risikoperson				Geburtsdatum			
Buchungsdatum		Reiseziel		Reisebeginn		Reiseende	

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung dieser erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO zur Erfüllung des Versicherungsvertrages. Soweit für die Prüfung Ihrer Ansprüche auch Gesundheitsdaten erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung (§§ 11a – 11d VersVG). Nähere Informationen zu unserer Datenverarbeitung finden Sie [hier](#).

1. LTA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

Ich stimme zu, dass sich Lifecard Travel Assistance GmbH, Franz-Josef-Straße 20, 5020 Salzburg (nachfolgend LTA genannt), über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzte, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen sowie bei ihm Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (z.B. Polizei) und Gerichten informiert. Dass alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können.

a) Mit meiner Einwilligung kann LTA folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen.
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde sowie Einsatz- und Behördenprotokolle.
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Externe Dienstleister, Unternehmen oder Personen)

Wir halten uns an gesetzliche und vertragliche Pflichten. Dazu arbeiten wir mit externen Dienstleistern (Auftragsverarbeitern) zusammen. Die LTA führt bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, IT-Dienstleistungen oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dienstleister, die Leistungsfall- und Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen:

Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags
HDI Global Speciality SE	Versicherer
MOS medical helpline GmbH	Assistance Dienstleistungen
Gaede & Glauert GmbH & Co.KG	Daten-/Schaden-/Leistungsbearbeitung und -regulierung
IT-Dienstleister	IT-Entwicklung, Wartungsdienstleistungen, IT-Service
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen

Mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Liegt meine Einwilligung LTA nicht vor, weil ich sie nicht erteilt oder widerrufen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und LTA zu geben. LTA behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Ich weiß, dass LTA die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen ausgezahlt zu bekommen. Wenn LTA die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit des Versicherers der LTA führen.

Versicherungsnehmer	Ja, ich stimme zu	Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person	Ja, ich stimme zu	Nein, ich stimme nicht zu

2. Auskunfts Vollmacht

Ich (wir) ermächtige(n) LTA und externe Dienstleister, Unternehmen oder Personen von LTA, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (z.B. die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug nehmenden Akten zu nehmen, Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen sowie . Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

Versicherungsnehmer	Ja, ich stimme zu	Nein, ich stimme nicht zu
Versicherte Person	Ja, ich stimme zu	Nein, ich stimme nicht zu

3. Regressansprüche gegenüber Dritten:

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich zum Beispiel, wenn der Versicherer Behandlungskosten erstattet und diese Kosten teilweise bei einem Privatversicherer, bei dem der Versicherungsnehmer ebenfalls versichert ist, geltend macht. Um die Abwehr eines Regressanspruches handelt es sich, wenn ein anderer Privatversicherer im umgekehrten Fall Kosten beim Versicherer der LTA geltend macht.

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |



Lifecard Travel Assistance GmbH
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944
schadenabwicklung@lta-reiseschutz.at
www.lta-reiseschutz.at

Schadenanzeige Reise-Krankenversicherung

1. Angaben zur Person:

Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Nachname(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Nummer	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	E-Mail		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/Mobil	Geburtsdatum		

2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten? Angaben wie Punkt 1 oder anderer Empfänger:

<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Vorname(n)	Nachname(n)						
<input type="text"/>							
Kreditinstitut							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (bis maximal 34 Stellen)							Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

3. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung	Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	
Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung	
Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung	Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer
<input type="text"/>	
Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung	
Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Spitalaufenthalte?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung	Versicherungsschein-Nr.
<input type="text"/>	
Anschrift der privaten Zusatzversicherung	
Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.)	▶ Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besteht eine private Unfallversicherung?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsschein-Nr.
<input type="text"/>	
Anschrift der Versicherungsgesellschaft	

4. Angaben zur Reise:

Was war der Anlass Ihrer Reise?

Urlaubsreise

Geschäftsreise

Reiseland

Reise- /Aufenthaltsbeginn

Reise- /Aufenthaltsende

Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung?

Ja

Nein

5. Angaben zu den im Einzelnen entstandenen Kosten:

► Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original sowie ggf. Umtauschquittungen oder Kreditkartenabrechnungen in Kopie ein!

Wie wurden die Rechnungen bezahlt?

Barzahlung

Kreditkarte / EC-Karte
(Abrechnung bitte beilegen)

In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt:

Währungsbezeichnung

Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

6. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

► Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich und Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Angaben zum Versicherungsfall:

Wurde die Notrufzentrale eingeschaltet?

Ja Nein

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

am : Uhr

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Ja Nein

vom bis

Spital / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

► Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Spitas bei!

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

Ja Nein

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrer Reise/Ihrem Aufenthalt behandelt?

Ja Nein

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise/Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

