

# MERKBLATT



## Schadenanzeige Reisehaftpflicht-Versicherung

**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*
- *Kostenvoranschlag*
- *Reparaturrechnung*

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	<b>Ja, ich stimme zu</b>	<b>Nein, ich stimme nicht zu</b>
Versicherte Person	<b>Ja, ich stimme zu</b>	<b>Nein, ich stimme nicht zu</b>

## 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	<b>Ja, ich stimme zu</b>	<b>Nein, ich stimme nicht zu</b>
Versicherte Person	<b>Ja, ich stimme zu</b>	<b>Nein, ich stimme nicht zu</b>

## 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  
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at  
www.lta-reiseschutz.at

# Schadenanzeige Reisehaftpflicht-Versicherung

## 1. Angaben zur Person:

Frau Herr    
Vorname(n) Nachname(n)

Straße Nummer Adresszusatz

PLZ/Ort E-Mail

Telefon/Mobil Geburtsdatum

Sind Sie der Verursacher des Schadens? Ja Nein

## 2. Bankverbindung:

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

Vorname(n) Nachname(n)

Kreditinstitut

IBAN (bis maximal 34 Stellen) Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

## 3. Angaben zu weiteren Versicherungen:

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Haftpflicht-Versicherung? Ja Nein

Versicherungsgesellschaft (Name) Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Haben Sie den Schaden dort gemeldet? Ja Nein

## 4. Angaben zur Reise:

Reisebüro / Buchungsstelle Reiseziel

Reise- /Aufenthaltsbeginn Reise- /Aufenthaltsende

## 5. Angaben zum Geschädigten/Anspruchsteller:

Was war der Anlass Ihrer Reise? Urlaubsreise Geschäftsreise

Frau Herr    
Vorname(n) Nachname(n)

Straße Nummer Adresszusatz

PLZ/Ort E-Mail

Telefon Mobil Geburtsdatum



## 7. Wem haben Sie den Schaden gemeldet?

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

am:    um:  :  Uhr

Reise- /Hotelleitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

am:    um:  :  Uhr

Gibt es Zeugen, die den Vorfall beobachtet haben?

Ja Nein

Frau Herr

Vorname(n) des Zeugen

Nachname(n) des Zeugen

Straße

Nummer

Adresszusatz

## 8. Allgemeine Angaben zum Schaden:

► Bitte reichen Sie entsprechende Original-Belege ein!

Wurden bereits Schadenersatzansprüche an Sie gestellt?

Ja

Nein

am:

mündlich

schriftlich

Anspruchshöhe:

Haben Sie der/dem Geschädigten gegenüber eine  
Schadenersatzpflicht anerkannt?

Ja

Nein

Haben Sie der/dem Geschädigten bereits Zahlungen geleistet?

Ja

Nein

In welcher Höhe?:

Sind Sie einverstanden, dass im Falle einer Schadenersatzpflicht  
die Entschädigung an die/den Geschädigte/n oder an den  
empfangsberechtigten Dritten gezahlt wird ?

Ja

Nein

## 9. Angaben zu Sachschäden:

Welche Sache wurde beschädigt?

  
  

Beschreibung der Art und Umfang der Beschädigung:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Ist eine Reparatur möglich?

Ja

Nein

Wie hoch schätzen Sie den Sachschaden?

Euro

Wie hoch war der Kaufpreis der beschädigten Sache?

Euro

Kaufdatum:

War die beschädigte Sache von Ihnen:

gemietet

gepachtet

geliehen

in Verwahrung

Bitte machen Sie nähere Angaben dazu:

## 10. Angaben zu Personenschäden:

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten:


Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Urlaubsort / Schadenort?

--

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

--

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten

--

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person nach der Rückkehr am Heimatort? \*

--

Name(n) und Anschrift(en):

--

--

--

Alter der/des Verletzten: \*

--

Familienstand der/des Verletzten: \*

--

Krankenkasse der/des Verletzten: \*

--

\*falls bekannt

## 11. Obliegenheiten

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten : Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen können die Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und ihnen die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als dass Sie alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Die Versicherer dürfen ebenfalls verlangen, dass Sie Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen billigerweise zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit: Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie vorsätzlich die verlangten Belege Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können die Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben die Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der Versicherer ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden die Versicherer in jedem Fall von ihrer Verpflichtung zur Leistung frei.

## 12. Abschlusserklärung:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

--

Ort

--

Datum

--

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)