

MERKBLATT

Schadenanzeige Reiseunfall-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

Wenn Sie eine Reise aufgrund eines Unfalls absagen oder und abbrechen mussten, nutzen Sie bitte hierfür die entsprechenden Formulare zur Reiserücktritt-Versicherung und zum Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung).

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

Schadenanzeige Reiseunfall-Versicherung

1. Angaben zur Person:

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort		E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/Mobil		Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3. Angaben zu weiteren Unfall- /Kranken- oder Lebensversicherungen

Besteht eine private Unfallversicherung? Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsgesellschaft (Name)	Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.
<input type="text"/>	
Anschrift der Versicherungsgesellschaft	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsgesellschaft (Name)	Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.
<input type="text"/>	
Anschrift der Versicherungsgesellschaft	

4. Angaben zur Reise:

Was war der Anlass Ihrer Reise? Urlaubsreise Geschäftsreise ▶ Bitte reichen Sie Ihre Buchungsbestätigung ein!

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsstelle Reisebüro/Veranstalter (falls vorhanden)			Reise- /Aufenthaltsbeginn		Reise- /Aufhaltsende

5. Angaben zum Unfallgeschehen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Unfallland
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr
Unfalltag	Uhrzeit
Was wird als Unfallursache angenommen?	
<input type="text"/>	

Schildern Sie bitte kurz den Unfallhergang:

► Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Welcher Stelle haben Sie den Unfall gemeldet?

► Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reiseleitung o. ä.) ein!

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

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

Staatsanwaltschaft (Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners):

Welche Person/welcher Zeuge hat den Unfall beobachtet oder Sie/die versicherte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

Frau Herr

Vorname(n)

Nachname(n)

Anschrift

6. Angaben zu den Verletzungen und der Erstbehandlung:

► Bitte fügen Sie Befunde, ärztlich gestellte Diagnosen und Arztberichte anlässlich der Erstbehandlung bei.

Welche Verletzungen haben Sie/die versicherte Person erlitten:

Wann erfolgte die Erstbehandlung?

Welche Ärzte behandelten Sie/die versicherte Person im Reiseland?

Name und Anschrift des derzeit behandelnden Arztes:

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten:

Welche Ärzte behandeln Sie/die versicherte Person/seit wann? Name(n) und Anschrift(n):

7. Angaben zu einer Spitalbehandlung:

► Bitte reichen Sie Arzt- bzw. Befundberichte in Kopie ein.

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Ja

Nein

vom:

bis:

Spital / Klinik (Name/Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname/Name)

Wurden Sie nach der Rückkehr stationär behandelt?

Ja

Nein

vom:

bis:

Spital / Klinik (Name/Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname/Name)

8. Angaben bei tödlichem Ausgang:

► Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über die Todesursache und ggf. den Obduktionsbericht in der (jeweiligen) Landessprache bei

Todesdatum:

Trat der Tod am Unfallort ein? Ja Nein

Trat der Tod beim Transport oder im Spital ein? Ja Nein

Hat im Ausland / Reiseland eine Obduktion stattgefunden? Ja Nein

Hat im Inland / Heimatland eine Obduktion stattgefunden? Ja Nein

Wann wurde der Tod dem Versicherer gemeldet?

Wer hat die Obduktion veranlasst?

Name

Anschrift

9. Angaben zu früheren Unfällen oder Vorerkrankungen:

► Bitte fügen Sie medizinische Unterlagen und ggf. Feststellungsbescheide bei.

Waren Sie / die versicherte Person bis zum Unfall vollständig gesund? Ja Nein

Falls nein, geben Sie bitte an, an welchen Krankheiten/Leiden/Gebrechen/Folgen früherer Unfälle Sie/die versicherte Person bisher gelitten haben:

1.
2.
3.
4.
5.

Grad der Beeinträchtigung vor dem Unfall: %

Beziehen oder bezogen Sie/die versicherte Person vor dem Unfall Rentenzahlungen? Ja Nein

Falls Ja, bitte Bezugszeitraum angeben: vom: bis:

Bitte nennen Sie kurz den Grund für den Rentenbezug:

10. 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.

11. 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!)

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,

Frau

Herr

Vorname(n)

Nachname(n)

Straße

Nummer

Land

PLZ/Ort

Geburtsort/Datum

Telefon/Mobil

E-Mail

meine Ansprüche gegen meine Krankenkasse:

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsnummer

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

betreffend der Erkrankung/des Unfalls:

vom:

in (Reiseland/Ort)

ab.

Ort

Datum

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