

MERKBLATT

Schadenanzeige zur Reiserücktritt-Versicherung und Reise- Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

Lifecard-Travel-Assistance
Gesellschaft für Reiseschutz mbH

68219 Mannheim / Besselstraße 25
T.: +49 (0) 621 12832-20 / F.: +49 (0) 621 12832-22
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.de
www.lta-reiseschutz.de

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*
- *Reisekostenabrechnung/Stornobestätigung*
- *Komplett ausgefüllter und unterschriebener ärztlicher Fragebogen bei unerwarteter schwerer Erkrankung, schwerer Unfallverletzung und unerwarteter Impfunverträglichkeit*
- *Ausführliche schriftliche Beantwortung eines Facharztes für Psychiatrie bei akuten psychiatrischen Erkrankungen*
- *Entsprechende Krankenhausberichte bei stationären Aufenthalten*
- *Sterbeurkunde*
- *Arbeitsunfähigkeitsbeschreibung*
- *Kopie der betriebsbedingten Kündigung*
- *Nachweise der Schädigung am Eigentum*
- *Schreiben der gerichtlichen Vorladung*

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Hilfe.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung unter: **06204 70 150 60.**

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

Angaben zum Antragsteller bzw. zur Risikoperson:

Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Nachname(n)	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsdatum	Reiseziel		Reisebeginn	Reiseende	

Die **Lifecard-Travel-Assistance Gesellschaft für Reiseschutz mbH**, 68219 Mannheim, Besselstraße 25 (nachfolgend LTA genannt) benötigt zur Beurteilung der Leistungspflicht Ihre Einwilligung in die Erhebung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten.

Die LTA benötigt ferner Ihre Schweigepflichtenbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Bearbeitung des Schadensfalls in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten **1)** durch die LTA selbst (unter 1.), **2)** Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten (unter 2.) und **3)** bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LTA (unter 3.)

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LTA

Ich willige ein, dass die LTA die im Rahmen dieses Leistungsfalls und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, die Angaben die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LTA benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für die anderen Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: Pauschale Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich willige ein, dass die LTA bzw. die anderen Stellen, soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen an die LTA oder einer anderen Stelle übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang, soweit erforderlich, meine Gesundheitsdaten durch die LTA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LTA tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Möglichkeit II: Individuelle Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich wünsche, dass mich die LTA oder eine andere Stelle in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die LTA oder einer anderen Stelle einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LTA oder einer anderen Stelle einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Schadensbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der LTA

Die LTA verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	
HDI Global Speciality SE	Versicherer	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,
MOS medical helpline GmbH	Assistance	nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LTA Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Dienstleister, die Leistungsfall- und Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen (Liste)
Gaede & Glauerdt GmbH & Co.KG	Schaden-/Leistungsbearbeitung und -regulierung	
IT-Dienstleister	Anwendungsentwicklung, IT-Services	
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen	

Ich willige ein, dass die LTA meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt, und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die LTA dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der LTA und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Regressansprüche gegenüber Dritten:

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfallbeschlusses persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallversicherer, 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.

X

Ort

X

Datum

X

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

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)



Lifecard-Travel-Assistance
Gesellschaft für Reiseschutz mbH

68219 Mannheim / Besselstraße 25
T.: +49 (0) 621 12832-20 / F.: +49 (0) 621 12832-22
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.de
www.lta-reiseschutz.de

Schadenanzeige zur Reiserücktritt-Versicherung und Reise- Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

1. Angaben zum Antragsteller:

Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Nachname(n)
<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"/>
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:

Vorname

Nachname(n)

Kreditinstitut

IBAN (bis maximal 34 Stellen)

Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

3. Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitz/Besitzen die versicherte/n Person/en eine weitere Reise-Rücktrittskosten oder Reiseabbruch-Versicherung Ja Nein

1. Kreditkarte: Kartenart Mastercard VISA American Express andere:

Kartennummer: Karteninhaber:

ausgebendes Kreditinstitut inklusive Anschrift:

ggf. ausgebendes Unternehmen (ADAC, Miles & More etc.):

Versicherer:

2. Jahresversicherung:

Versicherungsnummer: Versicherungsnehmer:

3. über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC etc.): Name Verein

Name Mitglied: Mitgliedsnummer:

Versicherer:

Wurde eine Entschädigung geleistet? Ja Nein

Wenn ja, vom wem? Name/Anschrift:

In welcher Höhe: , Euro

Wenn eine Entschädigung (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? Name/Anschrift:

4. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname/Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum		
Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname/Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum		
Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname/Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum		
Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname/Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum		
Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname/Name 5. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum		

5. Angaben zur Reise:

Was war der Anlass Ihrer Reise ?	Urlaubsreise	Geschäftsreise
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsdatum	Reisebeginn	(Reise-) Abbruch
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stornierungsdatum	Reiseende	verspäteter (Reise-) Antritt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamter Reisepreis	Euro	In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc.)
<input type="text"/>		<input type="text"/> Euro
Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:	Als Anlage beigefügt:	Als Anlage beigefügt:
• (Reise-) Buchungsbestätigung	Ja Nein	• Abrechnung des Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-) Leistungen Ja Nein
• Stomokostenrechnung	Ja Nein	• Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten Ja Nein
• Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)	Ja Nein	

6. Warum wurde die Reise storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

Krankheit (siehe 6.1)	Unfall (siehe 6.2)	Tod
Schwangerschaft	Arbeitsstelle	Wann war dieses Ereignis ? <input type="text"/>
Welches sonstige Ereignis?	<input type="text"/>	
Welche Person wurde betroffen?	<input type="text"/>	
	Vorname	Nachname
Ist diese Person mit den (Reise-)Teilnehmern verwandt ?	Ja Nein	Wie? <input type="text"/>

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

6.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung/Beschwerden/Symptome						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Wann trat die Krankheit auf?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wann wurde der Arzt aufgesucht?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulante Behandlung	Ja	Nein	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung	Ja	Nein	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitsunfähigkeit	Ja	Nein	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.2 Bei Unfall:

<input type="text"/>		Unfalltag:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unfallort						
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht/Unfallschilderung beilegen !)					Ja	Nein
Frau	Herr	<input type="text"/>				
Vorname/Name und Anschrift des Unfallverursachers						
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)			Versicherungsschein-Nr.			
<input type="text"/>						
Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers						
Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)					Ja	Nein

7. 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.

8. 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.

X

Ort

X

Datum

X

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

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |

Ärztliche Bescheinigung

A. Angaben zu Krankheit/Unfall der betroffenen Person

Frau Herr

Vorname(n) Nachname(n)

Geburtsdatum Reiseziel

Buchungsdatum Reisebeginn Reiseende

Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Hätte der/die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen/an der Veranstaltung teilnehmen können? Ja Nein, nicht zumutbar

Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen wurden durchgeführt und/oder verordnet?

Weitere Behandlungstermine

Überweisung an Facharzt Ja Nein Name und Anschrift des Facharztes

Bestand Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein von bis

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen Ja Nein seit

Diagnose der Vorerkrankungen ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub? Datum

Wurden Sie vor Buchung der Reise (s.o. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? Ja Nein

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? Datum

Gesundheitliche Risiken

Stationäre Behandlung Ja Nein von bis

Krankenhaus/Klinik (Name/Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname/Name)

Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise nicht mehr zumutbar? Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe. (Die Überprüfung der Angaben behalten wir uns vor.)

Ort / Datum Unterschrift des Arztes Stempel des Arztes

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |

Ärztliche Bescheinigung

B. Angaben zur Schwangerschaft

Vorname(n) Nachname(n) Geburtsdatum

Geburtsdatum Reiseziel

Buchungsdatum Reisebeginn Reiseende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum Schwangerschaftswoche voraussichtlicher Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum Schwangerschaftswoche

Gründe für die Unzumutbarkeit (Gefahren/Risiken)?

Wann sind Komplikationen eingetreten? Datum

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Stationäre Behandlung Ja Nein von bis

Sonstige Gründe

Ort / Datum Unterschrift des Arztes Stempel des Arztes