

MERKBLATT

Schadenanzeige Reise-Krankenversicherung

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
- 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 Krankenhausbehandlungen
- 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: **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"/>					
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

X

X

Ort

Datum

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 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"/>
Telefon/Mobil	Geburtsdatum		
<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"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	Nachname(n)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kreditinstitut	<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.)? Ja Nein

<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 Krankenhausaufenthalte? Ja Nein

<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:

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) die entstandenen Kosten eingereicht? ▶ Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen. Ja Nein

Besteht eine private Unfallversicherung? Ja Nein

<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

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

► Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses 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

7. Zusätzliche Angaben bei einem Unfall:

<input type="text"/>	Wurde eine Blutprobe entnommen ?	Ja	Nein
Unfallort			
am: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	um: <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr	Wurde Alkohol im Blut festgestellt?	Ja Nein
<input type="text"/>			
Vorname / Name des Unfallverursachers			
<input type="text"/>			
Anschrift des Unfallverursachers			
Gab es Zeugen, die den Unfall beobachtet haben? Ja Nein			
Frau	Herr	<input type="text"/>	
Vorname/Name 1. Zeuge			
<input type="text"/>			
Anschrift			
Frau	Herr	<input type="text"/>	
Vorname/Name 2. Zeuge			
<input type="text"/>			
Anschrift			
Frau	Herr	<input type="text"/>	
Vorname/Name 3. Zeuge			
<input type="text"/>			
Anschrift			
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? Ja Nein		▶ Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Falls Ja, Name und Ort der Polizeidienststelle		Aktenzeichen	

8. 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.

9. 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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