

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

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

Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Sofern Sie nicht selbst erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der betroffenen Risikoperson (z.B. Kinder, Eltern, Großeltern oder betroffene Mitreisende) unterzeichnen. Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die zur Stornierung, Unterbrechung oder zu Abbruch der Reise führende(n) Erkrankung(en).

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungen
Bitte bestätigen Sie, indem Sie folgende Kästchen ankreuzen.

Beispiel:

1. Entgegennahme, Weiterleitung, Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten:

Ich willige ein, dass die LTA die im Rahmen des eingereichten Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, entgegennimmt und diese an den Versicherer bzw. den Schadenregulierungsbevollmächtigten weiterleitet, die wiederum die Daten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

Unternehmen	Funktion/Aufgabe
HDI Global SE	Versicherer
MOS medical helpline GmbH	Assistance
Gaede & Glauerdt GmbH & Co.KG	Schaden-/Leistungsbearbeitung und -regulierung
IT-Dienstleister	Anwendungsentwicklung, IT-Services

2. Weitergabe der Gesundheitsdaten und weiterer geschützter Daten:

Ja, ich willige ein, dass sich der Versicherer bzw. die Schadenbevollmächtigten des Versicherers, alle im Rahmen dieses Leistungsfalles zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben dürfen. Hierzu befreie ich die in der Schadenanzeige Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Zudem entbinde ich die Schadenbevollmächtigten des Versicherers von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur medizinischen Begutachtung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

oder

Nein, eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

3. Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Bearbeitung eines Leistungsfalles:

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation per unverschlüsselten E-Mails bei der Bearbeitung meines Leistungsfalles erfolgt. Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

4. Regressansprüche gegenüber Dritten:

Wir informieren Sie hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und an Personenversicherer (z. B. private Krankenversicherung), gesetzliche Krankenkassen oder Unfallverursacher übermittelt werden können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar. Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Ort

Datum

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