

MERKBLATT

Schadenanzeige Reiseunfall-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

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: **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, 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)
MOS medical helpline GmbH	Assistance	
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 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"/>	<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	
Besteht eine Lebensversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nur bei Todesfall angeben!
<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 Krankenhausbehandlung:

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

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Ja

Nein

vom:

bis:

Krankenhaus / Klinik (Name/Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname/Name)

Wurden Sie nach der Rückkehr stationär behandelt?

Ja

Nein

vom:

bis:

Krankenhaus / 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 Krankenhaus 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. Verstößen 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!)