



Merkblatt für die Einreichung der Schadenanzeige zur Reiserücktritt-Versicherung und Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um Ihren Schaden möglichst schnell bearbeiten zu können, benötigen wir insbesondere folgende Unterlagen:

- *Komplett ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeige*
- *Buchungsbestätigung in Kopie*
- *Stornokostenabrechnung im Original*
- *Komplett ausgefüllter und unterschriebener ärztlicher Fragebogen bei unerwartete schwere Erkrankung, schwere Unfallverletzung und unerwartete Impfunverträglichkeit*
- *Ausführliche schriftliche Beantwortung eines Facharztes für Psychiatrie bei akuten psychiatrischen Erkrankungen*
- *Entsprechende Krankenhausberichte bei stationären Aufenthalten*
- *Sterbeurkunde bei Tod*
- *Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*
- *Kündigungsschreiben bei Verlust des Arbeitsplatzes*
- *Nachweise bei Schäden am Eigentum*
- *Schreiben der gerichtlichen Vorladung*

Vielen Dank im Voraus.

Für Rückfragen steht unser Service Team Ihnen unter der Rufnummer: 06204- 70 150 60 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH



Bitte zurücksenden an:

**LTA- GmbH
Besselstrasse. 25**

D- 68219 Mannheim

**Bei allen Anfragen bitte unbedingt
Ihre Kundennummer angeben:**

LTA L L L L L L L L

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
Sie haben leider Ihre Reise stornieren, abbrechen oder unterbrechen müssen. Zur zügigen
Bearbeitung Ihres Schadenfalls benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese
Schadenanzeige genau und vollständig aus.
Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Angaben zu den Reiseteilnehmern

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vereinbarter Versicherungsschutz

☐ **All in One –Premium** ☐ **All in One** ☐ **Flexible** ☐ **Basic Travel** ☐ **Basic Pro** ☐ **Basic**

Lifecard Travel Assistance GmbH
Tel.: 0621- 1283220
Fax.: 0621- 1283222
Mail: info@lta-reiseschutz.de
www.lta-reiseschutz.de

2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter: _____ Reiseziel: _____

Reisebüro / Buchungsstelle: _____

Buchung am: _____ Stornierung am: _____

Reisezeit von _____ bis _____

Reiseunterbrechung von _____ bis _____ Reiseabbruch am: _____

3. Angaben zum Versicherungsfall

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? _____

Welche Person wurde davon betroffen? _____

Wie ist diese Person mit dem/den Reiseteilnehmer/n verwandt? _____

4. Grund der Reisestornierung / des Reiseabbruches / der Reiseunterbrechung

- ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Impfunverträglichkeit ☐ Tod
☐ betriebsbedingte Kündigung ☐ Sonstige Gründe _____

bei Krankheit

Krankheitsbezeichnung _____

Beschwerden / Symptome, seit wann? _____

Wann wurde der Arzt aufgesucht? _____

Ambulante Behandlung vom _____ bis _____

Stationäre Behandlung vom _____ bis _____

Arbeitsunfähigkeit ☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____ (Kopie der AU-Bescheinigung)

Gab es wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher ärztliche Behandlungen?

☐ nein ☐ ja ☐ ambulant ☐ stationär vom _____ bis _____

bei Unfall

Unfalltag _____ Unfallort _____

Unfallereignis _____

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an sowie bei

Verkehrsunfällen ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle:

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vertragsnummer)

5. Entstandene Kosten

Durch Stornierung / Reiseabbruch / Reiseunterbrechung EUR _____

Nicht in Anspruch genommene Leistungen bei Reiseabbruch bzw. Unterbrechung EUR _____

6. Empfänger der Versicherungsleistung

Bitte geben Sie Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung an:

Kontoinhaber _____

Bankkonto/IBAN _____ Bankleitzahl/BIC _____

Bank _____

Ort : _____ Datum: _____

Unterschrift des/ der Versicherten/Anspruchsberechtigten

X _____

7. Benötigte Unterlagen

Anlagen - Beigefügt sind:

- ☐ Reise-Buchungsbestätigung (Kopie) / Umbuchungsbestätigung (Kopie)
- ☐ Stornokostenrechnung im Original
- ☐ Flugtickets, Fahrscheine und weitere Tickets im Original
- ☐ Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung
- ☐ Geburtsurkunde, Sterbeurkunde
- ☐ Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- ☐ Bescheinigung des Arbeitsamtes zur Arbeitslosigkeit
- ☐ Nachweis bei Schaden am Eigentum (z.B. polizeiliche Anzeige)
- ☐ Kopie der Scheidungsklage bzw. des Scheidungsantrags
- ☐ Kopie der gerichtlichen Vorladung
- ☐ Sonstige Unterlagen _____

8. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

Ist Ihr Schaden noch anderweitig versichert, z.B. weitere Kreditkarte? ☐ nein ☐ ja

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft, Versicherungs-Nummer

Haben Sie den Schaden dort eingereicht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

9. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen können die Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/ Dokumenten verpflichtet.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

x_____

10. Schlusserklärungen

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.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

x_____

11. Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Sofern nicht Sie selber erkrankt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der erkrankten Risikoperson (z. B. Kinder, Eltern, Großeltern oder betroffene Mitreisenden) 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).

Schweigepflichtentbindungserklärung:

Ich willige ein, dass der Versicherer im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über 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 darf. Dieses gilt auch für die behandelnden Ärzten und Krankenhäusern die nicht in der beiliegenden „Schadensanzeige“ aber in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der medizinischen Versorgung im Rahmen dieses Leistungsfalles beteiligt waren.

Die Schadenbevollmächtigten des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

☐ Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab. Diese Erklärungen gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.

☐ 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. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

Ort : _____ Datum: _____

Unterschrift derjenigen Person, über die Daten erhoben werden sollen

X _____

12. Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung Krankheit / Unfall / unerwartete Impfunverträglichkeit einer versicherten Person oder einer Risikoperson

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihres Patienten vollständig und leserlich zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiserücktritt-Versicherung / Reiseabbruch-Versicherung beurteilen können.

Name, Vorname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Diagnose

Genaue Diagnose mit ICD-Code, die zur Reiseunfähigkeit führte

ICD-Code _____

Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? _____

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? _____

Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? _____

In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich die Patientin derzeit? _____

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der gebuchten Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war? Datum: _____

Sind Komplikationen aufgetreten? ☐ nein ☐ ja, welche _____

Ist eine stat. Behandlung erfolgt, geplant bzw. angeraten? ☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____

2. Arbeitsunfähigkeit

Bestand Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja, vom _____ bis _____

☐ nein, Begründung: _____

3. Stationäre Behandlung?

☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____

Wenn ja, bitte unbedingt den Krankenhausbericht beifügen!

4. Therapiemaßnahmen und Medikation

Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?

(Bitte auch die verschriebenen Medikamente angeben.)

Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung Behandlungen?

(Datumsangaben) _____

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? ☐ nein ☐ ja, am _____

Name und Anschrift des Arztes

5. Verlauf der Erkrankung / Vorgeschichte

Besteht die Erkrankung seit längerer Zeit? ☐ nein ☐ ja, seit _____

Bestanden oder bestehen Erkrankungen, die mit der aktuellen Diagnose in Zusammenhang stehen?

☐ nein ☐ ja, seit _____ Diagnose _____ ICD Code _____

Wann erfolgten dazu im Einzelnen Behandlungen in den letzten zwei Jahren? (Datumsangaben)

Wann trat eine Verschlechterung der bestehenden Erkrankung ein? Seit _____

6. Reisebuchung

Wurden Sie vor der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt?

☐ nein ☐ ja, erstmals am _____

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung Reisefähigkeit?

☐ nein ☐ eingeschränkt ☐ ja

Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der gebuchten Reise nicht mehr möglich? Datum: _____

Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum: _____

Falls dieses Datum vom Datum des aktuellen Befundes abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe: _____

**Ort / Datum und Unterschrift
der / des Ärztin / Arztes**

Praxisstempel

Lifecard Travel Assistance GmbH
Tel.: 0621- 1283220
Fax.: 0621- 1283222
Mail: info@lta-reiseschutz.de
www.lta-reiseschutz.de