



## **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: 006204- 70 150 60 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH



Bitte zurücksenden an:

**LTA- GmbH**  
**Franz-Josef-Str. 20**  
**A-5020 Salzburg**

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: 0662-87 64 02  
Fax: 0662-87 69 44  
[www.lta-reiseschutz.at](http://www.lta-reiseschutz.at)  
[info@lta-reiseschutz.at](mailto:info@lta-reiseschutz.at)

## 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.: 0662- 876402  
Fax.: 0662- 876944  
Mail: [info@lta-reiseschutz.at](mailto:info@lta-reiseschutz.at)  
[www.lta-reiseschutz.at](http://www.lta-reiseschutz.at)