



Merkblatt für die Einreichung der Schadenanzeige zur Reiseunfall-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*
- *Reise -Buchungsbestätigung in Kopie*
- *Ihre Bankverbindung*

Wenn Sie eine Reise aufgrund eines Unfalls absagen oder abbrechen mussten, nutzen Sie bitte hierfür die entsprechenden Formulare zur Reiserücktritt-Versicherung und Reise-Ausfallschutz (Reiseabbruchkosten-Versicherung)

Vielen Dank im Voraus.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Service Team unter der Rufnummer: 0662- 87 64 02 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

Lifecard-Travel-Assistance GmbH
Tel.: 0662- 876402
Fax.: 0662- 876944
Mail: info@lta-reiseschutz.at
www.lta-reiseschutz.at

LTA - Nummer



Bitte zurücksenden an:
Lifecard Travel Assistance GmbH
Franz-Josef-Str. 20
A- 5020 Salzburg

Schadenanzeige Reiseunfall-Versicherung

1. Angaben zu Ihrer Person:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ		Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Land		Ausgeübter Beruf / Tätigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon / Mobil		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum			
<input type="text"/>			

2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

oder anderer
wie 1. Empfänger:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name
<input type="text"/>	
Kreditinstitut	
<input type="text"/>	
IBAN (max 34 Stellen)	Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Angaben zur Reise:

Was war der Anlass Ihrer Reise ? Urlaubsreise Geschäftsreise ▶ Bitte reichen Sie Ihre Buchungsbestätigung ein !

Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende

4. Angaben zum Unfallgeschehen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Unfallland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfalltag	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schildern Sie bitte kurz den Unfallhergang: ▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.	
<input type="text"/>	
Was wird als Unfallursache angenommen?	
<input type="text"/>	
Welcher Stelle haben Sie den Unfall gemeldet? ▶ Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reiseleitung o. ä.) ein!	
<input type="text"/>	
Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)	
<input type="text"/>	

Staatsanwaltschaft (Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Reise- / Hotelleitung, Campingplatz-Leitung oder sonstige Stelle (Name, 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?

Herr Frau
Vorname / Name

Anschrift

5. 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?

| | | | | | |
Datum

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)

6. Angaben zu einer Krankenhausbehandlung:

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

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt? Nein Ja

| | | | | | | vom | | | | | | | bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Wurden Sie nach der Rückkehr stationär behandelt? Nein Ja

| | | | | | | vom | | | | | | | bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

7. 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? Nein Ja

Trat der Tod beim Transport oder im Krankenhaus ein? Nein Ja

Falls in einem Krankenhaus Name / Anschrift des Krankenhauses

Vorname / Name des Arztes, der den Tod festgestellt hat

Hat im Ausland / Reiseland eine Obduktion stattgefunden?

Nein Ja

Hat im Inland / Heimatland eine Obduktion stattgefunden?

Nein Ja

Wer hat die Obduktion veranlasst?

Name / Anschrift

Wann wurde der Tod dem Versicherer gemeldet?

Datum

8. 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?

Nein Ja

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.

Grad der Beeinträchtigung vor dem Unfall:

%

Beziehen oder bezogen Sie/die versicherte Person vor dem Unfall Rentenzahlungen?

Nein Ja

Falls Ja, bitte Bezugszeitraum angeben:

seit bis

Bitte nennen Sie kurz den Grund für den Rentenbezug:

9. Angaben zu weiteren Unfall- / Kranken- oder Lebensversicherungen:

Besteht eine private Unfallversicherung?

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Besteht eine Lebensversicherung? ► Nur bei Todesfall angeben!

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

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. 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.

Ort / Datum

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

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ		Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
meine Ansprüche gegen meine Krankenkasse			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name der Krankenkasse		Versicherungsnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Anschrift der Krankenkasse			
betreffend der Erkrankung / des Unfalls			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
vom		in (Reiseland / Ort)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Ort / Datum		Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Sehr geehrte/r Versicherter,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Sofern Sie nicht 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 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

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 ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Weitergabe von 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 ihrer 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 darf. Hierzu befreie ich die in der Schadenanzeige Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Zudem entbinde ich die Schadenbevollmächtigten des Versicherers von ihrer der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur medizinischen Begutachtung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.
- 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 Regulierung eines Leistungsfalles

- Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation per unverschlüsselten E-Mails bei der Regulierung 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 mit versicherten Kinder sowie alle weiteren gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

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