



Merkblatt für Einreichung der Schadenanzeige zur Reisekranken-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*
- *Haben Sie sich in einem Land, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht, ärztlich behandeln lassen, bitten wir Sie, die Kosten bei Ihrer Krankenkasse einzureichen und das Abrechnungsschreiben sowie die mit einem Bearbeitungszeichen versehenen Kostenbelege beizufügen.*

Länder mit Sozialversicherungsabkommen: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (griechischer Teil)
-Stand 22.11.2013-

Bitte beachten Sie bei Ihrem nächsten Besuch in den folgenden Ländern:

Bosnien-Herzegowina – Montenegro – Tunesien – Türkei

auf die Mitnahme eines Auslandskrankenscheins oder „Anspruchsbescheinigung T/A 11“ anstelle der Europäischen Krankenversicherungskarte EHIC Ihrer Krankenkasse, da diese für die Leistungen der medizinischen Grundversorgung zuständig ist.

- *Für alle anderen Länder, benötigen wir lediglich die Originalrechnungen zu Arzt – und Krankenhausbehandlungen*
- *Zahlungsnachweise über die Höhe der gezahlten Behandlungsrechnungen (z.B. Kreditkartenabrechnung, Kontoauszug)*

Vielen Dank im Voraus.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

LTA - Nummer



Bitte zurücksenden an:

Lifecard Travel Assistance GmbH
Besselstrasse 25
D- 68219 Mannheim

Schadenanzeige

Reise-Krankenversicherung

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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PLZ / Ort		Land
<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?

<input type="checkbox"/> oder anderer wie 1. Empfänger:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	
<input type="text"/>		
Kreditinstitut		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
IBAN (bis max. 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

3. Angaben zur Reise:

► Was war der Anlass Ihrer Reise ? ☐ Urlaubsreise ☐ Geschäftsreise

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privatreise	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
Reiseland		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende	
Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

4. Angaben zu den im Einzelnen entstandenen Kosten:

► Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original sowie ggf. Umtauschquittungen oder Kreditkartenabrechnungen in Kopie ein!

In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt?	<input type="text"/>	
Währungsbezeichnung		
Wie wurden die Rechnungen bezahlt?	<input type="checkbox"/> Barzahlung <input type="checkbox"/> Kreditkarte / EC-Karte (Abrechnung bitte beilegen)	
Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

► Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich und Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Wurde die Notrufzentrale eingeschaltet ?

☐ Nein ☐ Ja

am _____ um _____ Uhr

vom bis

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

☐ Nein ☐ Ja

☐ Nein ☐ Ja

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Wurde eine Blutprobe entnommen ? Ja Nein Wurde Alkohol im Blut festgestellt ? Ja Nein

Unfalltag um Uhr

Anschrift des Unfallverursachers

☐ Nein ☐ Ja

☐ Herr ☐ Frau

Vorname / Name 1. Zeuge

☐ Herr ☐ Frau

Vorname / Name 2. Zeuge

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

▶ Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.

☐ Nein ☐ Ja

Aktenzeichen

7. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

Name der Krankenkasse / Krankenversicherung

Mitgliedsnummer

Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?

☐ Nein ☐ Ja

Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung

Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer

Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung

Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?


☐ Nein ☐ Ja

Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der privaten Zusatzversicherung

Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt?  Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen.

☐ Nein ☐ Ja

Besteht eine private Unfallversicherung?

☐ Nein ☐ Ja

Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

6. 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.

7. 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,

☐

Herr

☐

Frau

Vorname(n)

Name(n)

Straße

Nummer / Adresszusatz

PLZ

Ort

meine Ansprüche gegen meine Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Anschrift der Krankenkasse

betreffend der Erkrankung / des Unfalls

vom

in (Reiseland / Ort)

Ort / Datum

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

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)