



## **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 unerwarteter schwerer Erkrankung, schwerer Unfallverletzung und unerwarteter 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 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

## Reiserücktritt- / Reiseabbruch- / Stornokosten-Versicherung

### 1. Wer hat die Reise / Veranstaltung angemeldet ?

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

### 2. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum

### 3. Bankverbindung

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

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

### 4. Angaben zur Reise / Veranstaltung:

Was war der Anlass Ihrer Reise ?

☐ Urlaubsreise ☐ Geschäftsreise

Besteht außer diesem Reiseschutz ggf. eine weitere Reiserücktritt- / Storno-Versicherung (Kreditkarte etc. ?)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versicherer / Kreditkartenbezeichnung (Bank)	
Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)		
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	(Reise-)Abbruch
Stornierungsdatum	Reise- / Veranstaltungsende	verspäteter (Reise-)Antritt
Gesamter Reisepreis in Euro		In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc. in Euro)
Bitte evtl. Aufstellung der geforderten Stornokosten beilegen.		

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalles (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein  
☐ Ja ☐ Nein  
☐ Ja ☐ Nein

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters/Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein  
☐ Ja ☐ Nein

## 5. Warum wurde die Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 5.1)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/> Tod
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis	Wann war dieses Ereignis ?

Welches sonstige Ereignis?

Welche Person wurde davon betroffen ?

Vorname	Name
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie ?

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

### 5.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung / Beschwerden / Symptome

Wann trat die Krankheit auf ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wann wurde der Arzt aufgesucht ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ambulante Behandlung ☐ Nein ☐ Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stationäre Behandlung ☐ Nein ☐ Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arbeitsunfähigkeit ☐ Nein ☐ Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wie war seine Beurteilung ?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung ?

Ambulante Behandlung ☐ Nein ☐ Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stationäre Behandlung ☐ Nein ☐ Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 5.2 Bei Unfall:

Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht ? (Falls Ja, bitte Unfallbericht / Unfallschilderung beilegen !)

Unfalltag

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Vorname / Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert ? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen !)

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

## 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. Schlussklärung

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 der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

# Ärztliche Bescheinigung

## A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau		
Vorname		Name	
<div></div>		<div></div>	
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort	
<div></div>		<div></div>	
Buchungsdatum		Reise- / Veranstaltungsbeginn	
<div></div>		<div></div>	
Reise- / Veranstaltungsende			
<div></div>			
Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:			
<div></div>			
Krankheitsbezeichnung		ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
<div></div>		<div></div>	
Wann wurde diese Diagnose gestellt ?		Datum	
<div></div>		<div></div>	
Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht ?		Datum	
<div></div>		<div></div>	
Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen / an der Veranstaltung teilnehmen können ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Nicht zumutbar	
Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet ?			
<div></div>			
Weitere Behandlungsdaten			
<div></div>			
Überweisung an Facharzt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Name und Anschrift des Facharztes	
Bestand Arbeitsunfähigkeit ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<div></div>	
		vom <div></div> bis <div></div>	
Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		seit <div></div>	
		<div></div>	
Diagnose der Vorerkrankungen		ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
<div></div>		<div></div>	
Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub ?		Datum	
<div></div>		<div></div>	
Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt ?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<div></div>		<div></div>	
Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt ?		Datum	
<div></div>		<div></div>	
Gesundheitliche Risiken			
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		vom <div></div> bis <div></div>	
		<div></div>	
Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)			
<div></div>			
Einweisender Arzt (Vorname / Name)			
Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich ?		Datum	
<div></div>		<div></div>	
Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe :			
<div></div>			
(Die Überprüfung der Angaben behalten wir uns vor.)			
Ort / Datum		Unterschrift des Arztes	
<div></div>		<div></div>	
		Stempel des Arztes	
<div></div>		<div></div>	

## B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname		Name
<input type="text"/>		
Geburtsdatum		
<input type="text"/>		
Diagnose		ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)
Wann trat die Krankheit auf ? / Wann ereignete sich der Unfall ?		Datum
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		bis
vom		
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war ?		Datum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

## C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	
Datum	Schwangerschaftswoche
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war ?	
Datum	Schwangerschaftswoche
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Was war der Grund für diese Beurteilung ?	
<input type="text"/>	
Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Um welche Komplikationen handelte es sich ?	
<input type="text"/>	
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Sonstige Gründe:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes
<input type="text"/>	Stempel des Arztes

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)