



Merkblatt für die 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 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 L

Schadenanzeige zur Reisekranken-Versicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
Sie mussten sich im Ausland ärztlich behandeln lassen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles füllen Sie bitte die Schadenanzeige genau und vollständig aus und senden uns diese schnellstmöglich zurück.
Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Angaben zur erkrankten Person und zur Reise

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Geburtsdatum _____ Urlaubsland _____

Steht Ihnen im Urlaubsland ständig eine Unterkunft zur Verfügung? nein ja

Beginn des Auslandsaufenthaltes _____ Geplantes Reiseende _____

In welchem Land wurden Sie behandelt? _____

Was war der Anlass Ihrer Reise? Urlaubsreise Geschäftsreise

Sonstiges _____

Vereinbarter Versicherungsschutz

All in One – Premium

All in One

Basic Travel

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

2. Angaben zu den entstandenen Kosten

Bitte auch angeben, sofern Rechnungen bereits eingereicht wurden.

Behandelnder Arzt

bzw. Rechnungssteller	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungszeichen)	bereits gezahlt?	
			Nein	Ja
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: In Ländern mit Sozialversicherungen ist der Versicherer für die Leistungen der medizinischen Grundversorgung nicht zuständig. Reichen Sie dafür die Nachweise bei der Krankenversicherung ein und senden Sie uns die Kostenübernahme zu.

Wie wurden die Rechnungen bezahlt? (bar, Kreditkarte, etc.) _____

3. Angaben zum Versicherungsfall

Wurde die Notrufzentrale eingeschaltet? nein ja

3.1. Erkrankung

Wegen welcher Beschwerden mussten Sie ärztlich behandelt werden?

Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Wurden Sie am Urlaubsort stationär behandelt? nein ja, von _____ bis _____

Wenn ja, in welchem Krankenhaus? _____

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z.B. Hotelarzt) voraus?

nein ja

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt?

nein ja

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes, der in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Hausarzt, Zahnarzt oder Facharzt war. (Name und Adresse)

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Adresse)

3.2. Unfall

Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die Art Ihrer Verletzung:

Datum und Ort des Unfalles _____

Wurde der Unfall durch einen Dritten verursacht? nein ja, und zwar (Name, Adresse)

Gab es Augenzeugen? nein ja, und zwar (Name, Adresse)

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? nein ja

Wenn ja, bitte Polizeidienststelle, Ort und Aktenzeichen angeben

Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt?

nein ja, und zwar bei (Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung):

4. 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 _____

5. Benötigte Unterlagen

Anlagen - Beigefügt sind:

- Kopie Buchungsbestätigung (ggf. mit Versicherungsvereinbarung)
- Originale der Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztliche Verordnungen
- Kopie Erstattungsschreiben der Krankenkasse oder Kopie der Erstattungsvermerke
(Für Behandlungen in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen)
- Kopie des Abrechnungsschreibens eines anderweitigen Krankenversicherers
- Bei stationärer Behandlung: Kopie des Krankenhaus-Entlassungsberichtes
- Im Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde
- Sonstige Unterlagen _____

6. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z.B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners, Barclay-Card), über eine Mitgliedschaft (ADAC, ASB, DRK) oder über eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen? nein ja

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer/ Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/Rettungsdienstes

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)?
Name, Anschrift, Vertragsnummer:

7. 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 _____

8. 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 _____

9. 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 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. 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 Erklärung 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 _____

10. Beauftragung und Abtretungserklärung

Ich,

Wohnhaft in _____

beauftrage hiermit den Versicherer, Lloyd 's of London, die Kosten bei meiner gesetzlichen Krankenversicherung (Name und Adresse der Krankenkasse)

Versichertennummer _____

Sofern ein entsprechender Anspruch besteht, einzureichen;

trete hiermit meine Ansprüche gegenüber – meiner privaten Krankenversicherung/privaten Unfallversicherung/den Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherer (entsprechende Name/n und Adresse/n)

Versicherungsnummer/n _____

betreffend den Unfall/den Rettungstransport in das nächstgelegene Krankenhaus/die Erkrankung vom _____ bis _____ an den Versicherer, Kiln Europe S.A., ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

X _____