

# MERKBLATT



## Schadenanzeige Reisehaftpflicht-Versicherung

**Lifecard Travel Assistance GmbH**  
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg  
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944  
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at  
www.lta-reiseschutz.at

**Liebe LTA-Kunden,**

um Ihren Schadenfall möglichst schnell bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Unterlagen:

- *eine komplett ausgefüllte und unterschriebene Schadenanzeige*
- *Reise-Buchungsbestätigung in Kopie*
- *Kostenvoranschlag*
- *Reparaturrechnung*

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Hilfe.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung unter: **0662-876402**.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre LTA GmbH

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung, Datenschutzerklärung und ärztliche Bescheinigung

Angaben zum Antragsteller bzw. zur Risikoperson:

Frau	Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Nachname(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Reiseziel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsdatum	Reisebeginn	Reiseende	

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte erstellen Sie die nachstehende Erklärung durch Ergänzung Ihrer Daten und Auswahl Ihrer Einwilligung durch Ankreuzen sowie die Unterzeichnung am Ende des Formulars. Sofern Sie nicht selbst erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der betroffenen 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).

### 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 der Leistungspflicht erforderlich ist. Dabei führt der Versicherer bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel den Notruf-Service oder die telefonische Stornoberatung sowie die Schadenbearbeitung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung anderen Gesellschaften.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an die in der nachstehend aufgeführten Liste genannten Stellen übermittelt und dort für die angegebenen Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie der Versicherer dieses tun dürfte.

Unternehmen	Funktion/Aufgabe
HDI Global Speciality SE	Versicherer
MOS medical helpline GmbH	Assistance
Gaede & Glauert GmbH & Co.KG	Schaden-/Leistungsbearbeitung und -regulierung
IT-Dienstleister	Anwendungsentwicklung, IT-Services
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen

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

**oder**

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 Bearbeitung eines Leistungsfalles:

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort	Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

LTA-KUNDEN-NR: (bitte angeben)

| | | | | | | |



**Lifecard Travel Assistance GmbH**  
Franz-Josef-Straße 20 / 5020 Salzburg  
T.: 0662-876402 / F.: 0662-875944  
schadensabwicklung@lta-reiseschutz.at  
www.lta-reiseschutz.at

# Schadenanzeige Reisehaftpflicht-Versicherung

## 1. Angaben zur Person:

Frau Herr    
Vorname(n) Nachname(n)

Straße Nummer Adresszusatz

PLZ/Ort E-Mail

Telefon/Mobil Geburtsdatum

Sind Sie der Verursacher des Schadens? Ja Nein

## 2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten? Angaben wie Punkt 1 oder anderer Empfänger:

Vorname(n) Nachname(n)

Kreditinstitut

IBAN (bis maximal 34 Stellen) Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

## 3. Angaben zu weiteren Versicherungen:

Besteht oder bestand noch anderweitig eine Haftpflicht-Versicherung? Ja Nein

Versicherungsgesellschaft (Name) Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Haben Sie den Schaden dort gemeldet? Ja Nein

## 4. Angaben zur Reise:

Reisebüro / Buchungsstelle Reiseziel

Reise- /Aufenthaltsbeginn Reise- /Aufenthaltsende

## 5. Angaben zum Geschädigten/Anspruchsteller:

Was war der Anlass Ihrer Reise? Urlaubsreise Geschäftsreise

Frau Herr    
Vorname(n) Nachname(n)

Straße Nummer Adresszusatz

PLZ/Ort E-Mail

Telefon Mobil Geburtsdatum



## 7. Wem haben Sie den Schaden gemeldet?

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

am:    um:  :  Uhr

Reise- /Hotelleitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

am:    um:  :  Uhr

Gibt es Zeugen, die den Vorfall beobachtet haben?

Ja Nein

Frau Herr

Vorname(n) des Zeugen

Nachname(n) des Zeugen

Straße

Nummer

Adresszusatz

## 8. Allgemeine Angaben zum Schaden:

► Bitte reichen Sie entsprechende Original-Belege ein!

Wurden bereits Schadenersatzansprüche an Sie gestellt?

Ja

Nein

am:

mündlich

schriftlich

Anspruchshöhe:

Haben Sie der/dem Geschädigten gegenüber eine  
Schadenersatzpflicht anerkannt?

Ja

Nein

Haben Sie der/dem Geschädigten bereits Zahlungen geleistet?

Ja

Nein

In welcher Höhe?:

Sind Sie einverstanden, dass im Falle einer Schadenersatzpflicht  
die Entschädigung an die/den Geschädigte/n oder an den  
empfangsberechtigten Dritten gezahlt wird ?

Ja

Nein

## 9. Angaben zu Sachschäden:

Welche Sache wurde beschädigt?

  
  

Beschreibung der Art und Umfang der Beschädigung:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Ist eine Reparatur möglich?

Ja

Nein

Wie hoch schätzen Sie den Sachschaden?

Euro

Wie hoch war der Kaufpreis der beschädigten Sache?

Euro

Kaufdatum:

War die beschädigte Sache von Ihnen:

gemietet

gepachtet

geliehen

in Verwahrung

Bitte machen Sie nähere Angaben dazu:

## 10. Angaben zu Personenschäden:

Welche Verletzungen hat die geschädigte Person erlitten:


Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Urlaubsort / Schadenort?

--

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

--

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten

--

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person nach der Rückkehr am Heimatort? \*

--

Name(n) und Anschrift(en):


Alter der/des Verletzten: \*

--

Familienstand der/des Verletzten: \*

--

Krankenkasse der/des Verletzten: \*

--

\*falls bekannt

## 11. 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.

## 12. 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!)

--