

Medizinisches Schadenformular // Medical Claim Form

ACE/Dr. Walter – CDC

ACE 54 GE AFF 082

Versicherungsnummer // Policy Number

Bei allen Krankheitsfällen innerhalb der USA

Bitte senden an: ACE International, P.O. Box 15417, Wilmington, DE 19850
Mo. bis Fr. 8:00 bis 16:30 Uhr Eastern Standard Time

Telefon (gebührenfrei): **+1-800-262-8028**

Bei allen Krankheitsfällen in anderen Ländern

Bitte senden an: ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland,
Leistungsabteilung, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt

Telefon: **+49 (0) 69 75613 503**

Wichtig!

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und denken Sie bitte daran,
die **Originalrechnungen** und **Rezepte** mit einzureichen, da andernfalls Ihre
Schadenmeldung nicht bearbeitet werden kann.

To submit claims in the USA

Please send to: ACE International, P.O. Box 15417, Wilmington, DE 19850
Mon - Fri, 8:00 am - 4:30 pm Eastern Standard Time

Phone (toll-free): **+1-800-262-8028**

To submit claims in other countries

Please send to: ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland,
Leistungsabteilung, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt

Phone: **+49 (0) 69 75613 503**

Important!

Please fill in this form completely and don't forget to enclose the **original bills**
and **original prescriptions** to make sure that your notification of claim can be
handled by us.

Persönliche Daten der versicherten Person // Personal data of the insured person

Familiennamen // Last name		Vorname // First name	
Geburtsdatum (T, M, J) // Date of birth (D, M, Y)	Telefonnummer // Phone number	E-Mail Adresse // email address	
Reiseland // Destination	Reisebeginn // Start of journey	Ursprünglich geplantes Reiseende // Estimated end of journey	
Adresse im Heimatland // Home address			

Adresse im Zielland // Address in the foreign country

Telefonnummer // Phone number
Adresse im Zielland // address in foreign country

Kostenerstattung // Reimbursement

Haben Sie die Arztrechnung bereits bezahlt? // Did you already pay the doctor's bill?	<input type="checkbox"/> Ja // Yes	<input type="checkbox"/> Nein // No
Soll die Abrechnung direkt mit dem behandelnden Arzt / Krankenhaus erfolgen? // Shall we process the invoice amount to the attending physician / hospital directly?	<input type="checkbox"/> Ja // Yes	<input type="checkbox"/> Nein // No

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, wenn wir über Sie abrechnen sollen. // If you wish a direct invoicing with us, please fill in your bank account.

Name des Kontoinhabers // Account holder	
Name der Bank // Bank name	
Kontonummer // Account number	Bankleitzahl // Bank code
Bei Geldinstituten außerhalb von Deutschland: BIC, IBAN // Non-German Banks: BIC, IBAN	

Angaben zur Krankheit/zum Unfall // Details about the illness or accident

Art der Krankheit oder des Unfalls // Type of illness or accident

Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden sie erstmals behandelt? // Since when do the ailments exist and when did the first treatment begin?

Bei Unfällen: Bitte beschreiben Sie kurz den Unfallhergang. // In case of accident, please describe the accident event shortly.

Waren Sie bereits früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand in Behandlung? // Have you been treated earlier concerning this state or a similar condition? Ja // Yes Nein // No

Wenn ja bitte Datum, Name und Adresse des Arztes oder des Krankenhauses angeben. // If so, please note date, name and address of physician or hospital.

Angaben zu anderen Versicherungen // Details about other insurances

Sind Sie anderweitig gegen Krankheitskosten versichert? // Do you have an additional health insurance besides? Ja // Yes Nein // No

Wenn ja bitte Name der anderen Versicherung und Versicherungsnummer angeben. // If so please note name of other insurer and insurance number.

Wenn ja: Haben Sie von der anderen Versicherung schon Leistungen erhalten oder eine Erstattung beantragt? // If so: Did you receive benefits or reimbursements from other insurers already? Ja // Yes Nein // No

Wichtiger Hinweis // Important note

Als versicherte Person sind Sie verpflichtet, alle Fragen nach bestem Wissen, unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können ebenso wie eine grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht und Wahrheitspflicht zum Verlust bzw. teilweisen Verlust des Leistungsanspruches aus diesem Schadenereignis führen.

As an insured person you are obliged to answer all questions immediately, truthfully and to the best of your knowledge. Wilfully false or incomplete statements as well as a grossly negligent infringement of your obligation to furnish correct information may exempt the insurer fully or partially from his obligation to indemnify with reference to this claim.

Schlussklärung // Final declaration

Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Schadenanzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

I hereby confirm to have answered all the aforementioned questions completely, truthfully and to the best of my knowledge. Moreover, I am informed that I will be held responsible for the answers in this claim form, even if I did not complete it personally.

Ort, Datum // Location, date

Unterschrift des Versicherten // Signature of insured person