

ACE / Dr. Walter – Travel and Education

| |
|--------------------------------------|
| Versicherungsnummer // Policy Number |
|--------------------------------------|

Bei allen Krankheitsfällen innerhalb der USA
 Bitte senden an: ACE International, P.O. Box 15417, Wilmington, DE 19850
 Mo. bis Fr. 9:00 bis 17:30 Uhr Ortszeit,
 Telefon (gebührenfrei): **+1-800-262-8028**

To submit claims in the USA
 Please send to: ACE International, P.O. Box 15417, Wilmington, DE 19850
 Mon - Fri, 9:00 am - 5:30 pm local time,
 Phone (toll-free): **+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**

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**

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.

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

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| Familiename, Vorname // Last name, First name | | Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) // Date of birth (day, month, year) | |
| Reiseland // Destination | Reisebeginn // Start of journey | Ursprüngl. geplantes Reiseende // Estimated end of journey | |
| Telefonnummer // Phone number | Adresse im Heimatland // Home address | | |
| E-Mail Adresse // email address | | | |

Adresse im Zielland // Address in the foreign country

| | |
|---|---|
| c/o Name der Gastfamilie // c/o name of host family | Adresse im Zielland // address in foreign country |
| Telefonnummer // Phone number | |

Kostenerstattung // Reimbursement

Haben Sie die Arztrechnung bereits bezahlt? // Did you already pay the doctor's bill? Ja// Yes Nein// No

Soll die Abrechnung direkt mit dem behandelnden Arzt/Krankenhaus erfolgen? // Shall we process the invoice amount to the attending physician/hospital directly? Ja// Yes 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: 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

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

Wichtiger Hinweis // Important note

Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, alle Fragen nach bestem Wissen, unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Leistungsanspruches aus diesem Schadenereignis führen. Dies gilt selbst dann, wenn uns durch die vorsätzlich falschen Angaben kein Nachteil entstanden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Auskunfts- und Wahrheitspflicht bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung der Obliegenheiten weder Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Dass die grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht hat, müssen Sie beweisen.

As a policyholder you are obliged to answer all questions immediately, truthfully and to the best of your knowledge. Wilfully false or incomplete statements may free us from our obligation to provide benefits. This rule even applies if a wilfully false statement does not cause us any disadvantage. In the event of gross negligence, we are still bound to our obligation to indemnify unless the violation affected the determination of the insured event or the scope of indemnification. It is your duty to prove that a gross negligent violation of an obligation neither affected the determination of the insured event nor the determination or scope of indemnification.

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