

**Medical Claim Form // Medizinisches Schadenformular**

ACE/Dr. Walter – YFU

**ACE 54 GE AFF 144**

Policy Number // Versicherungsnummer

**To submit claims**

Please send to: ACE European Group Limited, Claims Center A + H, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt, Germany, e-mail: yfu-claims@acegroup.com

You can contact the ACE Claims Center Germany on weekdays, 09:00 a.m. to 05:30 p.m. (CET): **+49-69 756 13 503**

**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.

**Bei Krankheitsfällen**

Bitte senden an: ACE European Group Limited, Leistungsabwicklung A + H, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt, e-mail: yfu-claims@acegroup.com

Die Leistungsabwicklung von ACE Deutschland erreichen Sie an Werktagen von 9:00 bis 17:30 (MEZ) unter: **+49-69 756 13 503**

**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.

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

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

**Address in the foreign country // Adresse im Zielland**

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

**Reimbursement // Kostenerstattung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Details about other insurances // Angaben zu anderen Versicherungen

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

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

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

### Important note // Wichtiger Hinweis

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.

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 Auskunft- und Wahrheitspflicht zum Verlust bzw. teilweisen Verlust des Leistungsanspruches aus diesem Schadenereignis führen.

### Final declaration // Schlussklärung

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.

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.

Location, date // Ort, Datum

Signature of insured person // Unterschrift des Versicherten