



## UNFALL - ANZEIGE

Bitte senden Sie diese Unfall-Anzeige innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt an ACE European Group Limited zurück.

<b>Vorgangs-Nr.</b> (füllt ACE aus)	<b>Versicherungsschein-Nr.</b>
<b>Versicherungsnehmer</b>	<b>Versicherte Person (Kind)</b>
Vorname	Vorname
Nachname	Nachname
Straße, Nr.	Geboren am
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Telefon	PLZ, Ort
E-Mail	Telefon

**1a** **Angaben zum Unfallhergang**

Unfalldatum / Uhrzeit	Unfallort
-----------------------	-----------

**1b** **Schilderung des Unfalls (bitte genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs und der Ursache)**  
(ggf. Zusatzblatt verwenden)

---

---

---

---

**2** **Gibt es Zeugen?**

Nein  Ja, bitte Name und Anschrift angeben:

---

**3** **Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?**

Nein

Ja, von Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_ Tagebuch-Nr.: \_\_\_\_\_

**4** **Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzungen)**

---

---

**5a** **Beginn der ärztlichen Behandlung am** Datum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes
--

**5b** **Letzte Behandlung am** Datum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des zuletzt behandelnden Arztes
--

**5c** **Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung** Datum von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**5d** **Ist vollständige Wiederherstellung zu erwarten?**  Nein  Ja (Bitte Arztbescheinigungen mit Diagnose einreichen)

**6** **Befand sich die versicherte Person in vollstationärer Behandlung?**  
(Bitte Kopie des ärztlichen Entlassungsberichtes einreichen)

Nein  Ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Krankenhauses:

**7** **Litt die versicherte Person vor dem hier gemeldeten Unfall bereits an Krankheiten oder Gebrechen?**  
(z.B. Epilepsie, Parkinson, Ohnmacht-, Krampf-, Schwindel- oder Schlaganfall, Bluthruckerkrankung, Diabetes, Nerven-, Seh- oder Hörschäden, Krebserkrankung)

Nein  
 Ja, bitte Angabe welche Krankheiten oder Gebrechen:

Welche Ärzte behandelten die erwähnten Erkrankungen?

Name und Anschrift

Name und Anschrift

**8a** **Hat die versicherte Person schon früher Unfälle gehabt, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Beeinträchtigungen geführt haben?**

Nein  Ja, wann:

Art der Verletzung:

**8b** **Hat die versicherte Person Invaliditätsleistungen erhalten?**

Nein  
 Ja, wann: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
Gesellschaft: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

**9** **Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften?**  
(z.B. über den Arbeitgeber, Kreditkarten-Organisationen, Vereine, etc.)

Nein  Ja *Bei weiteren Versicherungen bitte Zusatzblatt verwenden*

Gesellschaft	Straße, Nr.
Vertragsnummer	PLZ / Ort
Schadensnummer	Name des Sachbearbeiters sowie Telefonnummer

**10** **Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet bzw. der Unfallkasse?**

Nein  Ja, welcher:

Anschrift:

Aktenzeichen:

**11 Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?**

Name

Vertragsnr.

**12 Die Leistungen der ACE European Group Limited sollen überwiesen werden an**

Bankinstitut

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber

**Schlusserklärungen und Unterschrift**

Die beigefügte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die **Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten** nach dem Versicherungsfall habe ich zur Kenntnis genommen. 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 **Unfallanzeige** auch dann **verantwortlich** bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

X

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der versicherten Person

Versicherungsnehmer, falls die versicherte Person keinen direkten Anspruch an ACE hat

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland (im Folgenden meist "ACE" genannt), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. einen Assistance- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Versicherung unentbehrlich.

**Sollten Sie diese nicht abgeben, wird die Leistungsregulierung in der Regel nicht möglich sein.**

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ACE (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland

*Ich willige ein, dass die ACE European Group Limited die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.*

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die ACE die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ACE benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für **eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten**:

#### **Möglichkeit I:**

- Ich willige ein, dass die ACE European Group Limited – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.*

*Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die ACE übermittelt werden.*

*Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ACE an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ACE tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.*

*Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.*

Bitte nur eine der beiden Möglichkeiten ankreuzen

### **Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die ACE European Group Limited in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ACE einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ACE einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

**Mir ist bekannt, dass dies zu Verzögerungen bei der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**

## **2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die ACE konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte kreuzen Sie an:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

## **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland**

Die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### **3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ACE European Group Limited benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

*Ich willige ein, dass die ACE European Group Limited meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ACE European Group Limited zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ACE European Group Limited tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

### **3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ACE-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ACE European Group Limited erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter <http://www.acegroup.com/de-de/assets/datenschutz.pdf>) eingesehen oder bei Datenschutzbeauftragter, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt, 069 75613 0, [Datenschutzbeauftragter@acegroup.com](mailto:Datenschutzbeauftragter@acegroup.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ACE European Group Limited Ihre Einwilligung.

*Ich willige ein, dass die ACE European Group Limited meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ACE European Group Limited dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ACE-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ACE European Group Limited Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ACE Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die ACE aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ACE das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ACE unterrichtet.

*Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ACE European Group Limited tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

#### Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und zur Maklerbetreuung im Leistungsfall (falls gewünscht)

Bitte unterzeichnen Sie die folgende Einverständniserklärung nur, sofern Ihr Versicherungsvertrag von einem Versicherungsvermittler vermittelt wurde und Sie im oben beschriebenen Leistungsfall von diesem betreut werden möchten.

- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an den im Zeitpunkt der Geltendmachung eines Leistungsanspruches im Versicherungsvertrag genannten Versicherungsvermittler übermittelt und dort zur Prüfung meiner Ansprüche verarbeitet und genutzt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ACE European Group Limited tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

X

Ort, Datum

Unterschrift verunfallte Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte vergessen Sie nicht, auch auf dieser Seite zu unterschreiben!

## Anlage zur Datenschutz-Einwilligungserklärung Dienstleister-Liste

Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten für die ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland, erheben, verarbeiten oder nutzen

Name / Kategorie	Übertragene/n Aufgabe/n
Adecco Business Solutions GmbH, Fulda	Telefonischer Kundenservice und Forderungsmanagement
AXA Assistance, München	Service-Center, Leistungsfall-Bearbeitung und Assistance-Dienstleistungen
CISI Cultural Insurance Services Internat. Inc.	Leistungsfall-Bearbeitung im Bereich Auslands-/Reiseversicherungen
CTM, Frankfurt	Service-Center
Direct Line, Hamburg	Service-Center
Europ Assistance Service GmbH, München	Assistance-Dienstleistungen
Klemmer International Versicherungsmakler GmbH	Kundenbetreuung & Leistungsfall-Bearbeitung im Bereich Auslands-/Reiseversicherungen
K&M Konzept & Marketing GmbH, Hannover	Kundenbetreuung & Leistungsfall-Bearbeitung in Teilen des Bereichs Unfallversicherungen
Martens & Prah, Lübeck	Forderungsmanagement & Leistungsfall-Entgegennahme für den Bereich Affinity BillProtect & ResaleProtect
Operating Part, Rödermark	Kundenservice
ScanMedic, Hamburg	Telefonischer Kundenservice, Forderungsmanagement und Leistungsfall-Vorprüfung bei Versicherung gegen Komplikationskosten infolge Adipositas-chirurgischer Operationen
Telcon, Saarbrücken	Service-Center und Leistungsfall-Bearbeitung
<b>Kategorien</b>	
Anwaltskanzleien	Vertretung unserer Interessen, z.B. im Schadenfall
Druckereien und Druckkonfektionierung	Drucken und Zusammenstellen von Versicherungsunterlagen
Entsorger	Datenschutzgerechtes Entsorgen von Datenträgern und Papierunterlagen
IT-Provider	Erstellung und Instandhaltung von IT-Systemen, Applikationsentwicklung, Internet-Verwaltung
Rückversicherer	Rückversicherung bestimmter Risiken oder Summen

Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten werden in den IT-Systemen der ACE Gruppe abgelegt. Gemäß § 203 StGB geschützte Daten sind ein " fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis". Bei Versicherungen ist es insbesondere die Information darüber, dass ein Versicherungsvertrag besteht.

Ihre Gesundheitsdaten sind nur einem beschränkten Personenkreis innerhalb der ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland zugänglich. Ihre sonstigen Daten (z.B. Versicherungsbeginn, Ihre Anschrift) können auch von weiteren ACE Mitarbeitern, z.B. zum Zwecke der Vertragsbearbeitung, eingesehen werden.

Theoretisch ist es möglich, dass Ihre Daten von wenigen anderen Mitarbeitern der ACE Gruppe eingesehen werden. **ACE European Group Limited** ist eine englische Gesellschaft mit Sitz in **London, Großbritannien** (Details können Sie [www.aceeurope.de](http://www.aceeurope.de) entnehmen).

Die Muttergesellschaft, die **ACE Limited** hat ihren Sitz in **Zürich (Schweiz)**.

Diese Liste beinhaltet nicht Ihren Versicherungsvermittler oder von diesem Beauftragte. Wenden Sie sich bei Fragen zur Weitergabe der von Ihrem Versicherungsvermittler erhobenen Daten bitte an diesen. Gesundheitsdaten, die im Leistungsfall (nach Ihrer Zustimmung) von uns erhoben werden, geben wir nur dann an Ihren Versicherungsvermittler weiter, wenn Sie dem ausdrücklich (im Leistungsfall) zugestimmt haben.

## Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere 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 bleiben wir 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 unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer 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 verpflichtet.

## Besonderer Service - Organisation von Assistenzleistungen

ACE bietet über einen Assistenten verschiedene Hilfeleistungen (Assistenzleistungen) an, wie z.B.

- Gesundheitstelefon für Informationen zu Therapien und Medikamenten, Suche nach Spezialisten, Vermittlung einer ärztlichen Zweitmeinung
- Medizinisches Rehabilitations-Management: z.B. Vermittlung von Spezialkliniken, Empfehlung von passenden Therapien und Hilfsmitteln
- Soziale Rehabilitation: z.B. Benennung von spezialisierten Kindergärten und Schulen, Vermittlung von Kinderbetreuung, Beratung zum behindertengerechten Umbau der Wohnung

Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an Telefonnummer: 069-75613-548