



Evangelischer Kirchenkreis Düsseldorf  
 Abteilung Finanzen & Organisation  
 Bastionstr. 6  
 40213 Düsseldorf

**Beispiel**

**Versicherungsbestätigung AIDWORKER**

**Gruppenvertrags-Nr.:** AW-3180  
**Versicherte Person:** Max Mustermann, geboren 17.04.1971  
**Heimatland:** Namibia  
**Einsatzland:** Deutschland  
**Freiwilligendienst:**  
**Tätigkeit im Projekt:**  
**Dauer der Versicherung:** 17.05.2023 - 07.06.2023

**Abgeschlossene Versicherungen:**

- 23AW-PLUS**      **Auslandsreisekrankenversicherung**  
 Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB-AKK-RGR-DRW-2022) in Kombination mit dem Tarif "AW-PLUS" der Generali Deutschland Krankenversicherung AG.
- AW-H1**            **Privat- und Berufshaftpflichtversicherung, Versicherungssumme 3.000.000 €**  
 Es gelten die Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB 2008) sowie die Besonderen Haftpflichtbedingungen "AW-H" der Dialog Versicherung AG.
- AW-U31**          **Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen, Tod: 20.000 €, Invalidität: 125.000 € mit 225% Progression**  
 Es gelten die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 2008) sowie die Besonderen Unfallbedingungen "AW-U" der Dialog Versicherung AG.

**Der Versicherungsschutz ist weltweit gültig.**

Die gesamte Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über:

DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid  
 www.dr-walter.com, gruppenvertrag@dr-walter.com, F: +49 (0) 2247 9194 -306  
 Servicrufnummer für Vertragsfragen: +49 (0) 2247 9194 -21 (Mo-Fr. 8-18 Uhr)  
 Servicrufnummer für Krankheits- und Schadenfälle: +49 (0) 2247 9194 -31 (Mo-Fr. 8-18 Uhr)  
 24-Stunden-Notfall-Service: T:+49 (0) 2247 92250 13, F: +49 (0) 621 5490 029, E: aidworker.notruf@md-medicus.net  
 Weitere Informationen und Dokumente finden Sie auf <http://www.aidworker.de>

Ausstellungsdatum: 22.12.2022



*J. Peter W. Sporen*

**Generali Deutschland Krankenversicherung AG**  
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn, Vorstand: Dr. Jochen Petin (Vors.), Ulrich Ostholt, Dr. Rainer Sommer, Daniel Spooeren  
 Sitz: München, AG München HRB 257065

*David Stachon R. Sommer*

**Dialog Versicherung AG**  
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Stefan Lehmann, Vorstand: Dr. David Stachon (Vors.), Dr. Rainer Sommer, Roland Stoffels  
 Sitz: München, AG München HRB 234855

*gür*

**DR-WALTER GmbH**  
 Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:  
 Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO)  
 Angelika V. Kolmer (COO)  
 Sitz: Neunkirchen-Seelscheid,  
 AG Siegburg HRB 4701



**Beispiel**

Evangelischer Kirchenkreis Düsseldorf  
 Abteilung Finanzen & Organisation  
 Bastionstr. 6  
 40213 Düsseldorf

**Insurance Confirmation AIDWORKER**

**Group Policy:** AW-3180  
**Insured Person:** Max Mustermann, d.o.b. 17.04.1971  
**Home Country:** Namibia  
**Destination:** Deutschland  
**Volunteer Service:**  
**Kind of activity in project:**

**Duration of policy:** 17.05.2023 - 07.06.2023

**Policies taken out:**

- 23AW-PLUS** Foreign Travel Health Insurance  
 The policy is based on the General Insurance Conditions for Foreign Travel Health Insurance (AVB-AKK-RGR-DRW-2022) in combination with insurance plan "AW-PLUS" of Generali Deutschland Krankenversicherung AG.
- AW-H1** Personal and public liability insurance, insured sum 3,000,000 €  
 The policy is based on the General Liability Conditions (AHB 2008) and the Special Liability Conditions "AW-H" of Dialog Versicherung AG.
- AW-U31** Accident insurance without infections and tropical diseases, death benefit: 20,000 €, Disability benefit: 125,000 €, maximum increase of insured sum according to disability degree 225%  
 The policy is based on the General Accident Conditions (AUB 2008) and the Special Accident Conditions "AW-U" of Dialog Versicherung AG.

**The insurance coverage is valid worldwide.**

It is hereby confirmed that based on the insurance conditions the policy holder has a valid foreign health insurance plan with a worldwide coverage (including Covid-19 treatment) of more than 100.000,00 USD (no co-payments, no deductible).

Date of issue: 22.12.2022



**Generali Deutschland Krankenversicherung AG**  
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn, Vorstand: Dr. Jochen Petin (Vors.), Ulrich Ostholt, Dr. Rainer Sommer, Daniel Spooeren  
 Sitz: München, AG München HRB 257065

**Dialog Versicherung AG**  
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Stefan Lehmann, Vorstand: Dr. David Stachon (Vors.), Dr. Rainer Sommer, Roland Stoffels  
 Sitz: München, AG München HRB 234855

**DR-WALTER GmbH**  
 Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:  
 Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO)  
 Angelika V. Kolmer (COO)  
 Sitz: Neunkirchen-Seelscheid,  
 AG Siegburg HRB 4701

**Erstattungsvorblatt**

AW-3180 AW-Krankenversicherung  
 Versicherungsnummer | Tarif

Beispiel

**Angaben zum Versicherungsnehmer / zur versicherten Person**

Evangelischer Kirchenkreis Düsseldorf  
 Abteilung Finanzen & Organisation  
 Versicherungsnehmer | Trägerorganisation

Mustermann Max 17.04.1971  
 Name des Versicherten | Vorname | Geburtsdatum

Adresse des Versicherten: Straße, Hausnummer | PLZ | Ort

Telefonnummer | E-Mail

**Für die Krankenversicherung**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Krankheitskosten.  
 Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen anliegend **im Original:**

Art	Anzahl	Währung
Arztrechnung(en)		
Arzneimittelrechnung(en)		
Krankenhausrechnung(en)		
Hilfs- / Heilmittelrechnung(en)		
Sonstige Kostenbelege		

**Nur für Restkostentarife Krankenversicherung**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen Versicherung.  
 Anbei die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Ich wurde behandelt wegen:**

Diagnose

**Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:**

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut (in Deutschland)

IBAN | BIC

**Schweigepflichtentbindung**

Ich entbinde hiermit Ärzte, die mich behandeln bzw. behandelt haben, Krankenanstalten, sowie Versicherungsunternehmen, Behörden und andere Stellen von der Schweigepflicht und bevollmächtige die DR-WALTER GmbH / Generali Deutschland Krankenversicherung AG zur Einholung aller notwendigen Auskünfte zur Prüfung ihrer Leistungspflicht. Des bestätige ich durch meine folgende Unterschrift

Ort, Datum | Unterschrift