



Care Concept AG • Postfach 30 02 62 • 53182 Bonn

ISPA e.V.

Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn

28.09.2023

Versicherungsbestätigung
Versicherungsnummer: G10-23-155062-1012

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne bestätigen wir Ihnen den Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherungsschutz bei der HanseMercur Reiseversicherung AG nach Tarif "Care Europe" für folgende Person:

| | | | | |
|-----------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| Name: | Vorname: | Geburt: | Vers.-Beg.: | Dauer: |
| Li | Nengxin | 23.04.1996 | 03.10.2023 | 31 Tage ab Einreise |

Der Versicherungsschutz entspricht den Anforderungen der Verordnung (EG) Nr. 810/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union vom 13.07.2009 und ist nicht auf EUR 30.000,- begrenzt.

Medizinisch notwendiger Rücktransport sowie ambulante und stationäre Behandlungen sind im Versicherungsschutz enthalten. Der Geltungsbereich erstreckt sich auf die Länder der Europäischen Union und die Mitgliedsstaaten des Schengen-Abkommens.

Reisen vor oder nach einem Aufenthalt in den oben genannten Staaten sind weltweit (außer den USA, Kanada, Mexiko und dem Heimatland) mitversichert.

Diese Versicherungsbestätigung ist 6 Monate ab dem beantragten Versicherungsbeginn gültig.

Diese Bestätigung des Versicherungsschutzes gilt ausdrücklich zur Vorlage bei Ausländerbehörden, Botschaften, Konsulaten und Grenzstationen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter unserer kostenlosen Service-Nr. 0800 977 35 00 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen aus Bonn

Jörg Schmidt

Firma Care Concept AG
Hausanschrift Am Herz-Jesu-Kloster 20 • 53229 Bonn
Postanschrift Postfach 30 02 62 • 53182 Bonn
USt-IdNr. DE813961035

Telefon +49 228 97735-0
Telefax +49 228 9773535
E-Mail info@care-concept.de
Internet www.care-concept.de

Vorstand Jörg Schmidt
Aufsichtsrat Hans Geisberger (Vors.)
Handelsregister HRB 8470 • Amtsgericht Bonn
Gesellschaftssitz Bonn

An
 Care Concept AG
 Postfach 30 02 62
 53182 Bonn

Versicherte Person: _____ Name, Vorname: _____ Geb.: _____
 Versicherungsscheinnummer: _____ (bitte stets angeben)

Zur Anmeldung von Leistungsansprüchen übersende ich die folgenden, angekreuzten Unterlagen:

Angaben, warum ich um eine Erstattung der entstandenen Kosten bitte:
 - z.B. Datum der Erkrankung / des Unfalls, Art der Krankheit, Diagnosen – ggf. ein gesondertes Blatt beifügen

- Bei Schwangerschaft: Vollständige Kopie des Mutterpasses
- Im Todesfall : Kopie der Sterbeurkunde
- Nachweis zum Beginn des Auslandsaufenthaltes (z.B. Kopie Einreisenachweis Pass, Flugticket, etc.)
- Bedingungsgemäß erforderliche Nachweise zur Versicherungsfähigkeit in Kopie (z.B. Aufenthaltstitel, Au-pair-Vertrag etc.)
- Bei Auslandsaufenthalt als Au-pair, Sprachschüler etc. Nachweise über Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
- Soweit ein anderer Versicherer in Anspruch genommen wurde:
 ___ Letztes Abrechnungsschreiben des oder der weiteren in Anspruch genommenen Versicherer
- Folgende Originalrechnungen:

| Ifd. Nr.: | Aussteller: | Rechnungsnummer: | Rechnungsdatum: | Betrag: | Bereits bezahlt am: |
|-----------|-------------|------------------|-----------------|---------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(sofern Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite benutzen)

| | |
|---|--|
| Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich): | |
| Bankleitzahl: | |
| Kontonummer: | |
| Bankinstitut | |
| BIC / SWIFT-Code | |
| IBAN | |
| Kontoinhaber | |

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Versicherungsnehmers **oder** der versicherten Person)