

Erntehelfer-Versicherung Meldeliste 2016

Für alle von der **Sozialversicherungspflicht befreiten Saisonarbeitskräfte** im land- und forstwirtschaftlichen Bereich mit ausländischer Staatsangehörigkeit ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Versicherungsnehmer		
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	_____	Firmenstempel
	Versicherungsscheinnummer	
Betrieb	_____	
Ansprechpartner	_____	
Straße, Hausnr.	_____	
PLZ, Ort	_____	
Telefon _____	Fax _____	

Versicherungsumfang
<p>Krankenversicherung: Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungskosten infolge von akuten Krankheiten und Freizeit-Unfällen. Dies umfasst im Wesentlichen: ambulante Heilbehandlung beim Arzt, ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, stationäre Behandlung im Krankenhaus in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (keine privatärztliche Behandlung), ärztlich verordneter Transport zum nächst erreichbaren Krankenhaus, schmerzstillende Zahnbehandlung, sowie damit in Zusammenhang stehende Zahnfüllung in einfacher Ausführung, Überführungskosten im Todesfall bzw. Bestattungskosten bis zu € 10.000. Bitte zeigen Sie uns eine stationäre Behandlung umgehend telefonisch an!</p> <p>Unfallversicherung: Versicherungssumme bei 100% Invalidität € 30.000,-, Versicherungssumme bei Unfalltod € 2.600,-</p> <p>Privathaftpflichtversicherung: Deckungssumme € 1.000.000,- pauschal für Personen- und Sachschäden.</p>

Gewünschter Versicherungsschutz (Prämien je Tag und Person)
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung für Erntehelfer, € 0,41 <input type="checkbox"/> Unfall- und Privathaftpflicht, € 0,02 <input type="checkbox"/> Verbesserung der Arzthonorare (2,3 statt 1,7-facher Satz der GOÄ bzw. GOZ, siehe Merkblatt), Zuschlag 10%

Versicherte Personen (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Ein- und Ausreise)						
Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Herkunftsland	Datum Einreise	Datum Ausreise	Tage
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Zahlungsweise
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat Ich ermächtige die ERPFD GmbH & Co. KG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ERPFD GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Gläubiger-Identifikationsnummer: <u>DE59ZZZ00000485653</u> Mandatsreferenz: <u>wird separat mitgeteilt</u>
IBAN _____ BIC _____
Kreditinstitut _____ Kontoinhaber (Name, Vorname sofern abweichend) _____
<input type="checkbox"/> Überweisung (Ich werde die fälligen Prämien per Überweisung auf das angegebene Bankkonto begleichen).

Erklärungen und Unterschrift
Bitte überreichen Sie dem behandelnden Arzt/Zahnarzt VOR Behandlungsbeginn den unterschriebenen Behandlungsschein ausschließlich für von der Sozialversicherungspflicht befreite Saisonarbeitskräfte . Nur so kann eine direkte Abrechnung mit den Ärzten erfolgen. Der Versicherungsschutz beginnt bei vollständig ausgefüllten Antrag mit Fax oder Emailingang (mit digitaler Unterschrift gültig).* Die vollständigen Versicherungsbedingungen finden Sie unter www.erntehelfer-versicherung.com .
Ich wünsche den Versand der Unterlagen <input type="checkbox"/> per Email <input type="checkbox"/> per Post
_____ Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

per Email senden ➔

* Voraussetzung ist Prämienzahlung innerhalb von 10 Tagen ab Rechnungsdatum.