

Erntehelfer-Versicherung Meldeliste 2017

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	_____	_____
	Versicherungsscheinnummer	Vermittler-Nummer
Betrieb	_____	_____
		Ansprechpartner
Straße, Hausnr.	_____	_____
		PLZ, Ort
Telefon	_____	_____
	Fax	Email

Versicherungsumfang (gemäß den zugrunde liegenden Bedingungen zur Erntehelferversicherung)
Krankenversicherung: Medizinisch notwendige Heilbehandlungskosten infolge von akuten Krankheiten und Freizeit-Unfällen.
Unfallversicherung: Versicherungssumme bei 100% Invalidität € 30.000,-, Versicherungssumme bei Unfalltod € 2.600,-
Privathaftpflichtversicherung: Deckungssumme € 1.000.000,- pauschal für Personen- und Sachschäden.

Gewünschter Versicherungsschutz (Prämien je Tag und Person)	
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung, € 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), Zuschlag 10%	

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

Zahlungsweise	
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat	
Ich ermächtige die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ERP Finanzdienstleistungen 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 _____
Kontoinhaber (Name, Vorname sofern abweichend) _____	
<input type="checkbox"/> Überweisung (Ich werde die fälligen Prämien per Überweisung auf das angegebene Bankkonto begleichen).	

Datenschutzerklärung	
Ich willige ein, daß die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG meine Daten, soweit sich diese aus den Auftragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, speichert. Diese Daten werden dem Versicherer bzw. Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den HUK-Verband zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich willige ferner ein, daß die Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen.	

Erklärungen und Unterschrift	
Bitte überreichen Sie dem behandelnden Arzt/Zahnarzt VOR Behandlungsbeginn den unterschriebenen Behandlungsschein ausschließlich für von der Sozialversicherungspflicht befreite Saisonarbeitskräfte . 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 .	
Der erteilte Auftrag beinhaltet die Vermittlung und Betreuung der Versicherungspolice. Der Auftragnehmer ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen beider Parteien entgegenzunehmen und verpflichtet, diese unverzüglich an die jeweils andere Partei weiterzuleiten. Die Sonderbedingungen und Konditionen erlöschen, sofern der Vertrag nicht mehr über die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG betreut wird. Persönlich haftende Gesellschafterin: ERP Verwaltungs- und Beratungs-GmbH, Bahnhofstraße 30, 82515 Wolfratshausen ist im Versicherungsvermittlerregister als Versicherungsmakler nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung unter der Nummer D-IY2K-EKS5F-89 registriert.	
Ich wünsche den Versand der Unterlagen	
<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> per Post

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers	

per Email senden ➔

www.erntehelfer-versicherung.com

* Voraussetzung ist Prämienzahlung innerhalb von 10 Tagen ab Rechnungsdatum.