



ERNTEHELFER VERSICHERUNG MELDELISTE 2015

Dieser Krankenversicherungsschutz gilt für von der Sozialversicherungspflicht befreite Arbeitskräfte im land- und forstwirtschaftlichen Bereich mit ausländischer Staatsangehörigkeit ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

MIT EINGANG VERSICHERUNGSSCHUTZ*

Einfach unterschrieben und ausgefüllt
per Fax an **08041 7606-650** oder per E-Mail an
erntehelper@klemmer-international.com

Versicherungsnehmer

Anrede
 Firma Frau Herr

Betrieb

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner

Telefon **Telefax**

Firmenstempel

E-Mail

Prämien je Tag und Person (gilt nicht für selbstständige Lohnunternehmer)

- 0,43 € Krankenversicherung für Erntehelfer** (Versicherungsumfang siehe Versicherungsbedingungen)
 0,02 € Unfall- und Haftpflichtversicherung (inkl. Versicherungssteuer)
 10% Zuschlag für verbesserte Arzthonorare (2,3 statt 1,7 facher Satz GOÄ bzw. GOZ, siehe Versicherungsbedingungen)

Zahlungsweise

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Klemmer International Versicherungsmakler GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Klemmer International Versicherungsmakler GmbH 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE3900100000544310

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Überweisung

Ich werde die fälligen Prämien per Überweisung auf Ihr unten angegebenes Konto begleichen.

Zu versichernde Personen

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Herkunftsland	Datum der Einreise	Datum der Ausreise	Anzahl Tage
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Erklärungen und Unterschrift

Die vollständigen Versicherungsbedingungen finden Sie unter www.klemmer-international.com/erntehelper. Dort finden Sie auch eine am PC ausfüllbare Vorlage dieser Meldeliste.

Ich wünsche den Versand der Unterlagen

per E-Mail per Post

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

x