

Meldeliste Erntehelfer 2012

Für alle von der Sozialversicherungspflicht befreiten Saisonarbeitskräfte im landwirtschaftlichen Bereich.

Prämien je Tag und Person

- € 0,41 Krankenversicherung für Erntehelfer
 € 0,02 Unfall- und Privathaftpflichtversicherung inkl. Versicherungssteuer
-
- 10% Zuschlag für Verbesserung der Arzthonorare (2,3 statt 1,7 facher Satz der GOÄ bzw. GOZ, siehe Merkblatt)

Versicherungsumfang Maßgeblich für den Versicherungsumfang und die Abrechnung des Arztes sind die Informationen auf unseren Behandlungsscheinen. Bitte überreichen Sie dem behandelnden Arzt/Zahnarzt VOR Behandlungsbeginn den unterschriebenen Behandlungsschein. Nur so kann eine direkte Abrechnung mit den Ärzten erfolgen.

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!

Unfallversicherung Versicherungssumme bei 100% Invalidität € 30.000, Versicherungssumme bei Unfalltod € 2.600.

Privathaftpflichtversicherung: Deckungssumme € 1.000.000 pauschal für Personen- und Sachschäden.

Rechtzeitige Anmeldung vorausgesetzt, beginnt der Versicherungsschutz bei der Einreise mit dem Grenzübertritt in die Schengener Staaten und endet bei der Ausreise mit dem Verlassen der Schengener Staaten. Mit Faxeingang beginnt der Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Rechnung innerhalb von 10 Tagen ab Rechnungsdatum entrichtet ist.

Abbuchungsauftrag () Überweisung ()

Hiermit ermächtige ich die Firma ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG, die Prämie von meinem Konto abzubuchen.

Konto	Bankleitzahl	Bank
Kontoinhaber		
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers		

Versicherte Personen

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum der Einreise	Datum der Ausreise	Anzahl Tage

Versicherungsnummer:	Versicherungsnehmer / Antragsteller
Datum, Stempel, Unterschrift Betrieb	Betrieb
	Straße
Ansprechpartner	Ort
Durchwahl	Telefon
E-Mail	Fax/E-Mail