

# MELDELISTE

## Versicherungsantrag

zur Anmeldung saisonaler ausländischer  
Arbeitskräfte



- **Maximale Versicherungsdauer: 91 Tage** (inkl. Sonn- und Feiertage).
- **Versicherungsbeginn:** Das Versicherungsverhältnis darf frühestens zwei Kalendertage **vor Ankunft** der zu versichernden Person im Gewerbebetrieb, jedoch erst **nach Ausreise** aus dem Heimatland beginnen.
- **Versicherungsende:** Das Versicherungsverhältnis endet spätestens zwei Kalendertage nach Verlassen des Gewerbebetriebes bzw. mit Einreise in das Heimatland der versicherten Person.
- **Meldeliste und Prämienzahlung** müssen uns **binnen 14 Tagen** ab Einreise vorliegen.

| Angaben zum Versicherungsnehmer        |   |
|--|---|
| Kunden-Nr.                             | <input type="text"/>                      |
| Firma                                  | <input type="text"/>                      |
| Name   Vorname                         | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Straße   Haus-Nr                       | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| PLZ   Ort :                            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Telefon   Fax:                         | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| E-Mail:                                | <input type="text"/>                      |
| Vermittlernummer: <input type="text"/> |   |
| -Firmenstempel-                        |   |
|  |   |

| Prämienberechnung  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Der Vertrag umfasst insgesamt <input type="text"/> Seiten mit insgesamt <input type="text"/> Versicherungstage für alle Personen |                          |   |
| x  | Tagesprämie laut Auswahl | <input type="radio"/> Krankenversicherungsschutz => € 0,48 / Tag & Person         |
|  |                          | <input type="radio"/> Unfall- u. Haftpflichtversicherung => € 0,05 / Tag & Person |
| <input type="text"/> Tage x € 0, <input type="text"/> = € <input type="text"/>   |                          |   |
| <b>Anzahl Tage x Prämie = Gesamtprämie</b>   |                          |   |

| Lastschriftinzugsermächtigung (LEZ) |  |                      |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/>            | Hiermit berechtige ich Sie widerruflich, fällige Prämien von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. |                      |
|                                     | Bank   | <input type="text"/> |
|                                     | BLZ  | <input type="text"/> |
|                                     | Konto-Nr.  | <input type="text"/> |
|                                     | Kontoinhaber   | <input type="text"/> |
| Datum, Unterschrift (für die LEZ)   |  |                      |

Bitte senden Sie mir weitere Meldelisten zu

Care Concept AG  
Postfach 33 01 51

53203 Bonn

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (für die gesamte Meldeliste)

Telefon: 0800 – 977 35 00 o. 0228 – 977 35 11  
Fax: 0800 – 977 35 35 o. 0228 – 977 35 911

