

Auftrag zur Vermittlung einer Versicherungspolice per Fax an 08171 / 4188920

Auftraggeber/Versicherungsnehmer	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	
Betrieb: _____	Ansprechpartner: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Email: _____	
Versicherungsscheinnummer: _____	
Vermittlernummer: _____	

Zahlungsweise
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat Ich ermächtige die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG (erpfd) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von erpfd 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: DE59ZZZ00000485653 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt
IBAN: _____
BIC: _____ Kreditinstitut: _____
Kontoinhaber (sofern abweichend): _____
<input type="checkbox"/> Überweisung (Ich werde die fälligen Prämien per Überweisung auf das angegebene Bankkonto begleichen).

Datenschutzklausel
Ich willige ein, daß die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG (erpfd) meine Daten, soweit sich diese aus den Auftragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, speichert.

Erklärungen	
Der erteilte Auftrag beinhaltet die Vermittlung und Betreuung der Versicherungspolice. Die erpfd ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen des Auftraggebers/Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG , Bahnhofstraße 30, 82515 Wolfratshausen ist im Versicherungsvermittlerregister als Versicherungsmakler nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung unter der Nummer D-IY2K-EKS5F-89 registriert.	
Der Auftrag ist mit digitaler Unterschrift gültig. Den genauen Versicherungsumfang entnehmen Sie bitte den Auftragsdetails. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens sobald wir nach vollständig ausgefülltem Auftrag den Versicherungsschutz bestätigt haben (z.B. durch Zugang des Versicherungsscheins).	
Hiermit erteile ich der ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG einen Auftrag zur Vermittlung einer Versicherungspolice gemäß den nachfolgenden Auftragsdetails. Ich bestätige die Richtigkeit der in diesem Auftrag enthaltenen Risikoangaben. Der Versand der Unterlagen erfolgt ausschließlich per Email.	
<input type="checkbox"/> Ich wünsche abweichend den Versand meiner Unterlagen per Post.	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, daß mich die ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG bei Neuigkeiten per E-Mail informiert. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.	
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift des Auftraggebers

Auftragsdetails zur Versicherung von Saisonarbeitskräften per Fax an 08171 / 4188920

Beschreibung
<p>Versicherungsfähig sind die von der Sozialversicherungspflicht befreiten Saisonarbeitskräfte ohne ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die vorübergehend als Saisonarbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland tätig sind und in nachfolgender oder separater Meldeliste erfaßt wurden.</p> <p>Der Arbeitgeber bestätigt mit der Anmeldung der versicherten Personen das Vorliegen dieser Voraussetzungen.</p>

Versicherungsumfang
<p>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.</p> <p>Für die vereinbarten Versicherungen gelten die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Versicherung von ausländischen Saisonarbeitskräften in Zusammenhang mit der ERP Finanzdienstleistungen GmbH & Co. KG. Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherung sind rechtlich selbständige Verträge.</p>

Versicherte Personen (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Ein- und Ausreise)					
Nr	Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum Einreise	Datum Ausreise	Tage
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Versicherungsprämie
1. Krankenversicherung
<p>bis 1,7-facher GOÄ/GOZ Satz <input type="checkbox"/> € 0,40 je Person und Tag bis 2,3-facher GOÄ/GOZ Satz <input type="checkbox"/> € 0,45 je Person und Tag bis 2,3-facher GOÄ/GOZ Satz <input type="checkbox"/> € 0,75 je Person und Tag (Erntespezial)</p> <p>Die Beiträge sind nach §4 VersStG versicherungssteuerbefreit.</p>
2. Unfall- und Privathaftpflichtversicherung (optional wählbar)
<p><input type="checkbox"/> € 0,02 je Person und Tag</p> <p>Die Prämie gilt inkl. 19% Versicherungssteuer.</p>