

Abrechnung und Meldeliste zur Krankenversicherung für ausländische Saisonarbeitskräfte nach Tarif EH 1*

Bei Rückfragen wenden Sie sich an:
Gothaer Krankenversicherung AG
E&P-Assekuranz Vers. Verm. J. Poétes e.K.
Postfach 11 22
53348 Rheinbach
Telefon 02226 892210
Telefax 02226 892210

Verband/Verein

Arbeitgeber/
Betrieb

Name (ggf. Stempel)

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Abrechnung

Meldeliste(n) von Seite

bis Seite

Anzahl der Tage insgesamt
(Summe aller Meldelisten)

X 0,86 EUR/Person

Beitrag pro Tag bis zum 91. Tag

Gesamtbeitrag in EUR

Der Versicherungsbeitrag ist nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

Zahlweise

Der Vertragsabschluss ist nur mit SEPA-Lastschriftverfahren möglich.

Wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz*

- Versicherungsfähig sind Personen, die im Ausland wohnen, vorübergehend in die BRD einreisen um als Saisonarbeitskräfte in der Landwirtschaft tätig zu sein.
- Für Versicherungsfälle die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Tarifleistungen*

- Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendigen Heilbehandlungen von Krankheiten oder Unfallfolgen in der Bundesrepublik Deutschland.
- Die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zum **1,3-fachen** Satz (auch medizinisch-technische Leistungen) der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Der Versicherer hat ein Merkblatt zur Verfügung gestellt, das über die Rechte der versicherten Personen aus dem Versicherungsverhältnis, die Angaben zur Informationspflichtenverordnung, und über sonstige Erklärungen und wichtige Hinweise informiert.

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz. Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt. Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teil nehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz. Dort finden Sie auch weiter gehende Informationen zu Ihren Rechten. Sie können beispielsweise Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)

Unterschrift und ggf. Stempel

* der detaillierte Leistungsumfang ist den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Bitte senden an:

Gothaer Krankenversicherung AG
E&P-Assekuranz Vers. Verm. J. Poétes e.K.
Postfach 11 22
53348 Rheinbach

Abrechnung und Meldeliste zur Krankenversicherung für ausländische Saisonarbeitskräfte nach Tarif EH 1*

- Erläuterungen zur Meldeliste**
- Bitte füllen Sie die Felder Personenmeldungen deutlich lesbar und in **Druckbuchstaben** aus.
 - **Versicherungsbeginn/Einreisetag:** Tag der Einreise – lt. Stempel der Grenzbehörde im Reisepass.
 - **Versicherungsende:** Der voraussichtlich letzte Tag.
 - **Anzahl der Tage:** Ermitteln Sie die Gesamtzahl (kalendertäglich). Den ersten und den letzten Tag zählen Sie dabei bitte mit.
 - **Bitte dieses Formular spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Einreise an uns oder Ihren Verband weiterleiten.**
 - **Die wichtigen Hinweise zum Versicherungsschutz sowie zu den Tarifleistungen (Seite 1 dieser Meldung) wurden zur Kenntnis genommen und werden akzeptiert.**

Arbeitgeber/ Betrieb

Name (ggf. Stempel) _____

Straße und Hausnummer _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse _____

lfd. Nr.	Name, Vorname	Geb.-Datum	Versicherungsbeginn/ Einreisetag	Versicherungsende	Anzahl der Tage
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____

• **Anlage:**
Formular: SEPA-Lastschrift-Mandat

Anzahl der Tage insgesamt  _____