



**24-Stunden Notfall - Hotline Tel: 0931 - 2795-250** (Kostenübernahme Krankenhaus Fax 0931 - 2795-293)  
Service - Hotline bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH: 07276 - 9666-60 (während der Geschäftszeiten)

**Abrechnungsbogen mit Meldeliste(n)** (lang, 2-seitig für bis zu 29 Personen)

Bitte senden Sie Abrechnungsbogen und Meldeliste(n) per Fax, Post oder Email an Ihren nachstehend genannten Vermittler / bvm – Partner

**Vermittler / bvm – Partner :**

<b>bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH</b>	Telefon:	07276 - 9666-60
	Telefax:	07276 - 9666-69
<b>Gewerbepark West 13</b>	Email:	info@bvm-versicherungsmakler.de
<b>76863 Herxheim</b>	bvmPartner-Nr.	29-0 (bvm Direktmandat)

**Arbeitgeber und Versicherungsnehmer (VN):**

**Name / Firma :**  
**Anspr.partner :**  
**Straße Nr.:**  
**PLZ / Ort:**  
**Tel / Fax / Email:**  
**Kto-Nr: / BLZ / Bank / Ort**

**Einzugsermächtigung: Versicherungsschutz besteht ab Eingang der Anmeldung (vorbehaltlich Einlösung).** Mit nachstehender Unterschrift ermächtigen wir den Versicherer oder dessen Beauftragten zum Einzug des Gesamtbeitrages, bzw. bei Berechnungsfehlern den richtig ermittelten Gesamtbeitrag von unserem o. g. Konto einzuziehen. Evtl. Erstattungen sollen auf das gleiche Konto überwiesen werden.

**Abrechnung Tage /Personen lt. beigefügter Tabelle oder Meldeliste (n)**

**Tagesprämie: KRANKEN: UNFALL: GESAMT:**

Der Einschluss der Unfallvers. ist eine freiwillige zusätzliche Absicherung der VP. Der VN ist nicht zum Einschluss verpflichtet. Volumentarife (GK 1 und 2) mit gesonderter Betriebsvereinbarung. Pauschalverfahren: Einzelgenehmigung durch bvm GmbH erforderlich

<b>ANZAHL TAGE GESAMT :</b> Summe d. beigefügten Meldeliste(n)	<b>Fortlaufende betriebliche Abrechnungsnummer</b>	<b>Nummer:</b>	<b>Jahr:</b>
<b>BEITRAG / Tag EUR X :</b>	Bitte nummerieren Sie Ihre Anmeldungen fortlaufend je Kalenderjahr. Die erste Anmeldung für <b>zum Beispiel</b> das Jahr 2009 hat Nr. 01 / 2009, die nächste Anmeldung die Nr. 02 / 2009 etc		
<b>GESAMTBETRAG EUR = :</b>			

**Wichtige Hinweise und Erläuterungen zu Abrechnung, Meldeliste, Leistung und Vertrag**

**Über diesen Tarif können keine Praktikanten versichert werden. Bitte fragen Sie diesbezüglich bei Bedarf an.**  
**Versicherungszeitraum:** **Versicherungsbeginn:** Einreisetag **Versicherungsende:** der letzter Tag der Aushilfstätigkeit (Abreisetag).  
**Einreise- / Abreisetag :** Datum der An- und Abreise laut Arbeitsgenehmigung / -Vertrag oder Stempel im Reisepass  
**Anzahl der Tage:** Zählen Sie jeden Tag des Versicherungszeitraums inklusive An- und Abreisetag, Wochenende, Feiertagen  
**Maximale Versicherungsdauer:** 365 Tage  
**Leistungsfall:** im Leistungsfall übergeben Sie dem behandelnden Arzt / KH etc. immer vorab das Merkblatt zu Leistung und Abrechnung.  
**Grundlage / Versicherungsschutz:** Grundlage sind die Versicherungsbedingungen und Zusatzvereinbarungen zwischen dem Versicherer und der bvm GmbH. Diese werden Ihnen vom Vermittler mit Ihrer Erstausrüstung oder bei späteren Veränderungen zugesandt und können jederzeit bei Ihrem Vermittler angefordert werden. Aktualisierte Formulare sind bei Erhalt unverzüglich mit den Altformularen auszutauschen.  
**Anerkennung des Merkblattes für den Arbeitgeber / Versicherungsnehmer / Mandanten:** Mit der Nutzung dieses Formulars erkenne (n) ich / wir die Bestimmungen, Hinweise und Beschreibungen des Formulars 2009-01\_01\_Merkblatt\_fuer\_den\_VN.doc / .pdf an. Ich / Wir bestätigen mit nachstehender (n) Unterschrift(en) Kenntnis und Einhaltung der dort genannten Bestimmungen.

**Unterschrift(en) Mandant (VN):**

Eingangsdatum Vermittler:

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift(en) Mandant (VN)

Form: 2009-01\_05\_Anmeldung\_Standard.doc / pdf



**24-Stunden Notfall - Hotline Tel: 0931 - 2795-250** (Kostenübernahme Krankenhaus Fax 0931 - 2795-293)  
 Service - Hotline bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH: 07276 - 9666-60 (während der Geschäftszeiten)

### Meldeliste (lang, 2-seitig für bis zu 29 Personen)

#### Vermittler / bvm – Partner :

**bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH**  
**Gewerbepark West 13**  
**76863 Herxheim**

Telefon: 07276 - 9666-60  
 Telefax: 07276 - 9666-69  
 Email: info@bvm-versicherungsmakler.de  
 bvmPartner-Nr. 29-0 (bvm Direktmandat)

#### Arbeitgeber und Versicherungsnehmer (VN): (auf dieser Seite genügen Angaben in Kurzform od. Stempel)

Name / Firma :  
 Anspr.partner :  
 Straße Nr.:  
 PLZ / Ort:  
 Tel / Fax / Email:

Nummer der Meldeliste: \_\_\_\_\_ Seite: von \_\_\_\_\_ Seiten zum Abrechnungsbogen vom (Datum): \_\_\_\_\_

#### versicherte Personen: bitte bei handschriftlicher Anmeldung gut leserlich in Druckschrift schreiben

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Dat. Einreise =1. Vers. tag	Datum Abreisetag =letzter Vers. tag	Anz.Tage (max. 91)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					

**Tage insgesamt:** \_\_\_\_\_