



bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH

Spezialmakler für landwirtschaftliche Großbetriebe, Agrar- und Weinwirtschaft, mittelständisches Gewerbe und Industrie
Finanzmakler für unabhängige Kapitalanlagenvermittlung und Darlehensvermittlung

www.bvm-versicherungsmakler.de · info@bvm-versicherungsmakler.de · Telefon: +49 7276 / 9666-60 · Telefax: +49 7276 / 9666-69

bvm Unternehmensgruppe Postanschrift: Postfach 1140 76858 Herxheim Verwaltung und Besuchsadresse: Gewerbepark West 13 76863 Herxheim

Service - Hotline bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH: 07276 - 9666-60 (während der Geschäftszeiten)

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

Seite 1 von 2 Seiten

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

Vermittler / bvm – Partner :

bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH
Postfach 11 40
76858 Herxheim

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

Arbeitgeber und Versicherungsnehmer (VN):

Name / Firma:

Ansprechpartner:

Straße HsNr.:

PLZ / Ort:

Tel / Fax / Email:

IBAN / BIC (Kto-Nr., BLZ):

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*: **0,03 EUR** **GESAMT:**

*Der Einschluss der Unfallvers. ist eine freiwillige zusätzliche Absicherung der VP. Der VN ist nicht zum Einschluss verpflichtet. Die Unfall-Tagesprämie enthält bereits die gesetzliche Versicherungssteuer von z. Zt. 19 %. Volumentarife (GK 1 und 2) mit gesonderter Betriebsvereinbarung. Pauschalverfahren: Einzelgenehmigung durch bvm GmbH erforderlich.

ANZAHL TAGE GESAMT :	BEITRAG Kranken	EUR	BEITRAG Unfall ¹⁾	EUR
Summe d. beigefügten Meldeliste(n)				

GESAMTBETRAG zu zahlen sind **EUR**

Fortlaufende betriebliche Abrechnungsnummer
Bitte nummerieren Sie Ihre Anmeldungen fortlaufend je Kalenderjahr. Die erste Anmeldung für das Jahr 2016 hat z. B. Nr. 01 / 2016, die nächste Anmeldung die Nr. 02 / 2016 etc.

Nr.	Jahr

¹⁾ Enthaltene Vers.-Steuer (19 %) für Unfall
Berechnung:

$$\text{BeitragUnfall} - \left(\frac{\text{BeitragUnfall}}{1,19} \right) = \text{EUR}$$

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:** letzter Tag der Aushilfstätigkeit (Abreisetag).

Einreise- / Abreisetag: Datum der An- und Abreise laut Arbeitsgenehmigung / -vertrag oder Stempel im Reisepass

Anzahl der Tage: Zahlen Sie jeden Tag des Versicherungszeitraums inklusive An- und Abreisetag, Wochenende, Feiertage

Maximale Versicherungsdauer: 365 Tage (theoretisch)

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 Erstaussstattung oder bei späteren Veränderungen zugesandt und können jederzeit bei Ihrem Vermittler angefordert werden. Aktualisierte Formulare sind bei Erhalt unverzüglich mit den Altformularen auszutauschen.

Merkblatt für den Arbeitgeber / Versicherungsnehmer / Mandanten

Bedingungen für die Nutzung dieser Anmeldung: Anerkennung des Merkblattes für den Arbeitgeber / Versicherungsnehmer / Mandanten: Mit der Nutzung dieses Formulars erkenne(n) ich / wir die Bestimmungen, Hinweise und Beschreibungen des „Merkblatt für den Arbeitgeber / Versicherungsnehmer / Mandant“ an. Ich / Wir bestätige(n) mit nachstehender(n) Unterschrift(en) ausdrücklich, dass wir von der gesetzlichen Erstinformation des Unternehmens bvm Kenntnis genommen und diese von der Seite www.bvm-versicherungsmakler.de/index.php/pflichtmitteilungen heruntergeladen haben.

Unterschrift(en) Mandant (VN):

Eingangsdatum Vermittler:

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

Formular: Anmeldung_Standard_2016-04-15 docx/pdf

bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH
Geschäftsführende Gesellschafter:
Peter J. O. Bartz, Karin I. Bartz
Eingetragen beim Amtsgericht
Landau i. d. Pfalz, HR B 2919
Steuernummer: 24/664/0237/2
Bank: Sparkasse Gernersheim-Kandel
IBAN: DE69 5485 1440 0008 0383 41
BIC: MALADE51KAD

Erlaubte Tätigkeiten:
Versicherungsmakler nach § 34d GewO
Vers.Verm.Register Nr.: D-FIDN-OWAMP-71
Finanzanlagenmakler nach § 34f GewO
Finanzanl.Verm.Register Nr.: D-F-149-NEI-21
Darlehensvermittler nach § 34c GewO
Sitz: Gewerbepark West 13, 76863 Herxheim
aktuelle Angaben: www.bvm-versicherungsmakler.de

bvm Versicherungsmakler GmbH & Co KG
Geschäftsführende Komplementär GmbH:
bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH
Eingetragen beim Amtsgericht
Landau i. d. Pfalz, HR A 2418
Steuernummer: 24/203/0540/2
tätig als Versicherungsmakler und Finanzmakler
Erlaubnis / Registrierung siehe GmbH

Zentrale und Besuchsanschrift:
Gewerbepark West 13, 76863 Herxheim
Zweigstelle Berlin:
Selma-Lagerlöf-Straße 7, 13189 Berlin
Zweigstelle Bad Dürkheim:
Dornfelderweg 4, 67098 Bad Dürkheim



Meldeliste (lang, für bis zu 29 Personen)

Vermittler / bvm – Partner :

bvm Bartz Versicherungsmakler GmbH
Postfach 11 40
76858 Herxheim

Telefon: 07276 - 9666-60
 Telefax: 07276 - 9666-69
 Email: info@bvm-versicherungsmakler.de
 bvm bvm Direktmandat

Arbeitgeber und Versicherungsnehmer (VN): (hier genügen Angaben in Kurzform od. Stempel)

Name / Firma:
 Ansprechpartner:
 Straße HsNr.:
 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	AKV	Unfall	Dat. Einreise =1. Vers. tag	Datum Abreisetag =letzter Vers. tag	Anz.Tage (max. 91)
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
27			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
28			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
29			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Tage insgesamt: