



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)

## Erstattungen / Einreichung von Kostenbelegen

Bitte senden Sie Kostenbelege nur im Original ausschließlich an Ihr nachstehendes bvm Partnerunternehmen (Ihr Vermittler)

### 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  
bvmPartner-Nr. 29-0 (bvm Direktmandat)

### Arbeitgeber und Versicherungsnehmer (VN):

Name / Firma :  
Anspr.partner :  
Straße Nr.:  
PLZ / Ort:  
Tel / Fax / Email:  
IBAN / BIC (Kto.-Nr., BLZ):

### Abwicklung

Im Regelfall werden Sie nur mit Vorauslagungen für verordnete Medikamente (Rezepte) befasst sein, da Arztrechnungen u.ä. üblicherweise direkt vom Aussteller an den Vermittler gesandt werden. Dazu wird der Rechnungsaussteller im Merkblatt für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, das sie bei jeder Behandlung überreichen angewiesen. Sollten Sie dennoch selbst eine Arztrechnung erhalten, so leiten Sie diese bitte unverzüglich unbezahlt an Ihren Vermittler weiter, da Streichungen aufgrund von Rechnungsprüfungen ansonsten zu Ihren Lasten gehen. Reichen Sie bitte nur Originalbelege ein. Kopien / Abschriften können nicht bearbeitet oder erstattet werden. Falls Sie mit dieser Erstattungsliste mehrere Belege einreichen, so nummerieren Sie diese bitte auf der Rückseite handschriftlich durch. Schreiben Sie zusätzlich immer die Nummer der betroffenen Meldeliste hinzu. Heften Sie die Belege an das Erstattungsformular und unterzeichnen Sie das Formular.

### Arbeitsunfälle

Träger für Leistungen aufgrund von Arbeitsunfällen ist ausschließlich Ihre zuständige Berufsgenossenschaft. Diese Kosten sind grundsätzlich nicht in der Erntehelferversicherung gedeckt und auch in der Prämienkalkulation nicht enthalten. Falls dennoch irrtümlich Kosten aus Arbeitsunfällen über die bvm Erntehelferversicherung geltend gemacht werden oder wurden, so teilen Sie uns dies bitte mit, damit intern zwischen Versicherer und Berufsgenossenschaft die Rückerstattung der Kosten reguliert werden kann.

### fortlaufende betriebliche Erstattungsliste Nr. :

/ Jahr

Bitte nummerieren Sie Ihre Erstattungsliste fortlaufend pro Kalenderjahr. Die erste Liste für zum Beispiel 2015 hat Nr. 01 / Jahr 2015 usw.

### Kostenliste

### Rechnungserstattung EUR

Bitte gut leserlich ausfüllen Bitte Erläuterungen zur Abwicklung beachten

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Erntehelfers	Meldeliste Nummer / vom (*)	Rechn. Datum	Rechn. Art (**)	Arbeitsunfall (***)	an VN	andere(****)
						auf Konto des VN	an Aussteller (z.B. Arzt)
1		/					
2		/					
3		/					
4		/					
5		/					
6		/					

\*)  Wir nutzen das pauschale Anmeldeverfahren:

Die Angabe der Meldeliste - Nummer entfällt aus diesem Grunde

\*\*) Rezept = RP, Arzt = AR, Zahnarzt = ZR, Krankenh = KR, Rettungswagen = RE, Sonstiges = SO

\*\*\*) ja / nein

\*\*\*\*) Zahlung erfolgt an den Rechnungsaussteller

Summe Ihrer Vorauslagungen:

Summe an Aussteller: (\*\*\*\*)

### Unterschrift(en) Mandant (VN):

### Eingangsdatum beim Vermittler:

Ort, Datum, Unterschrift(en) Mandant (VN) und / oder Makler

Formular: 2015-04\_Kostenerstattung.doc