

MELDELISTE EXPAT CASH

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

FOLGENDE BERECHTIGTE MITARBEITER SOLLEN GEMÄSS VERSICHERUNGSVEREINBARUNG VERSICHERT WERDEN:

ALLGEMEINE ANGABEN												VERSICHERTER LEISTUNGSUMFANG*						
Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht*		Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Versicher.-beginn Mon./Jahr	Besteht eine weitere Krankentagegeldversicherung?			Vers.-Nr.	EXPAT CASH	Leistungsfreie Tage				Höhe Tagegeld (EUR) max. 150 EUR pro Tag	Mitarb. ist entsandt**
			m	w				nein	ja	Versicherer			14	42	91	183		

(*bitte ankreuzen)

(**Im Rahmen des Personaleinsatzes des Mitarbeiters im Ausland wechselt der Mitarbeiter auf Wunsch des Arbeitgebers das Land/den Kulturkreis.)

Ort, Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

Stand: 01.09.2014