

Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag (GrVV) 8353 / 8354

mit dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken e. V. (ADA), Bismarckallee 25, 48151 Münster

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Antrag auf eine geschlechtsspezifische Unterscheidung verzichtet.

Empfangsbestätigung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Antrag auf eine geschlechtsspezifische Unterscheidung verzichtet.

Der Versicherungsnehmer bestätigt, vor Unterzeichnung des Antrags, folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- die für den beantragten Versicherungsschutz geltenden Versicherungsbedingungen
- Verbraucherinformationen mit Widerrufsbelehrung
- Beratungsprotokoll



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bestätigung der Mitgliedschaft / Geltung des Bundesrahmentarifvertrags (BRTV)

Der Antragsteller (Arbeitgeber) bestätigt, dass er Mitglied einer Mitgliedsorganisation des Arbeitgeberverbands Deutscher Apotheken e. V. ist oder in seinen Arbeitsverträgen mit dem Arbeitnehmer die Geltung des BRTV vereinbart ist.

Angaben des Antragstellers / Versicherungsnehmers / Arbeitgebers

FD-Nr. <input type="text"/>	Agentur-Nr. <input type="text"/>	Vermittler-Nr. <input type="text"/>	AKT-KZ. <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>	Vermittler (Stempel oder Name in Blockbuchstaben) <input type="text"/>
Name der Apotheke; Name, Vorname, Titel des Apothekeninhabers <input type="text"/>				
Straße, Hausnummer <input type="text"/>				
Postleitzahl <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>	Postfach <input type="text"/>		
Telefon (Vorwahl/Anschluss) * <input type="text"/>	IK-Nr. der Apotheke * <input type="text"/>	Firmensitz/Lnd.-KZ <input type="text"/>	KD-Art <input type="text"/>	
E-Mail-Adresse* (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen.) <input type="text"/>		*) diese Angaben sind freiwillig		

Angaben der zu versichernden Person (Arbeitnehmer)

Anr. <input type="text"/>	Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person (Anrede: Herr=1, Frau =2) <input type="text"/>			
Straße, Hausnummer <input type="text"/>				
Postleitzahl <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>			
Geburtsdatum <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>	KD-Art <input type="text"/>	Telefon (Vorwahl/Anschluss)* <input type="text"/>
ausgeübter Beruf / Studienrichtung <input type="text"/>		E-Mail-Adresse* (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen.) <input type="text"/>		
*) diese Angaben sind freiwillig				

Versicherungsumfang

Aufgeschobene Rentenversicherung mit Beitragsrückgewähr und Garantzeit

Es gelten die Besondere Bedingungen für die R+V Direktversicherung und die Allgemeine Versicherungsbedingungen für die aufgeschobene R+V-Rentenversicherung (Firmengruppentarife).

Tarif <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="L"/>	Versicherungsbeginn <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Eintrittsalter der zu versichernden Person <input type="text"/> <input type="text"/>	Rentenzahlungsweise: <input checked="" type="checkbox"/> monatlich
Rente pro Rentenzahlung in EUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Aufschubzeit (bis nach Vollendung des <input type="text"/> <input type="text"/> . Lebensjahres der zu versichernden Person)	oder	Rentenbeginn (Datum) <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Garantzeit (Jahre) <input type="text"/> <input type="text"/>	Kapitalabfindung bei Rentenbeginn in EUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Wird nichts ausgefüllt, gelten **10 Jahre** Garantzeit als vereinbart

Einschluss Dynamik für die Entgeltumwandlung. Es gelten die Bedingungen für die Dynamik
Zur ersten Beitragsfähigkeit im Kalenderjahr erhöht sich der Entgeltumwandlungsbetrag sowie der 20 %-ige Arbeitgeber-Zuschuss im selben Verhältnis wie die Beitragsmessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Überschussbeteiligung in der Aufschubzeit

Die Überschussanteile werden zur Bildung einer beitragsfreien Leistung auf den Todes- und Erlebensfall (Bonus mit Todesfall-Leistung) verwendet.

Überschussbeteiligung in der Rentenbezugszeit

Die Überschussanteile werden als dynamische Überschussrente fällig.

Versicherungsbeitrag

Monatlicher Beitrag

ab Versicherungsbeginn, zum Ersten des Monats

obligatorischer tariflicher Arbeitgeberbeitrag	Entgeltumwandlungsbetrag		Arbeitgeberzuschuss 20 % des Entgeltumwandlungsbetrags		Summe aus Entgeltumwandlung und 20 % Arbeitgeber-Zuschuss
<input type="checkbox"/> 10,00 EUR (für Auszubildende)	<input type="checkbox"/> 50,00 EUR	+	10,00 EUR	=	60,00 EUR
<input type="checkbox"/> 10,00 EUR (≤ 10 Std. Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> 75,00 EUR	+	15,00 EUR	=	90,00 EUR
<input type="checkbox"/> 15,00 EUR (> 10 Std. Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> 100,00 EUR	+	20,00 EUR	=	120,00 EUR
<input type="checkbox"/> 22,50 EUR (> 20 Std. Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> 125,00 EUR	+	25,00 EUR	=	150,00 EUR
<input type="checkbox"/> 27,50 EUR (> 30 Std. Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> 150,00 EUR	+	30,00 EUR	=	180,00 EUR
+	<input type="checkbox"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EUR	+	<input type="checkbox"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EUR	=	<input type="checkbox"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EUR

Geldwäschegesetz

1. Identifizierung des Antragstellers/ Versicherungsnehmers

Antragsteller/ Versicherungsnehmer ist einer juristischen Person (z.B. GmbH, AG, e.V.) oder Personengesellschaft (oHG, KG, GbR)

Registergericht, Ort

Register-Nummer

Registerart (z.B. Handelsregister, Vereinsregister)

Bitte aktuellen Registerauszug beilegen. Ist die Personenvereinigung nicht in einem Register eingetragen, einen anderen geeigneten Nachweis.

Name, Vorname(n) der vertretungsberechtigten Geschäftsführer/Vorstände

Person 1

Person 3

Person 2

Person 4

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer) zu politisch exponierten Personen (PEP)

Eine politisch exponierte Person (PEP) ist eine Person, die ein wichtiges öffentliches Amt auf höchster Staatsebene (Staatschef, Regierungschef, Mitglieder des Parlaments, Minister, Botschafter, Mitglied wichtiger Organe wie z.B. oberste Gerichte, Rechnungshöfen usw.) ausübt oder in den letzten 18 Monaten ausgeübt hat.

Sind die vertretungsbefugten natürlichen Personen oder die ggfls. wirtschaftlichen Berechtigten

- eine PEP oder
- ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder
- ein enger Geschäftspartner (z.B. Mitinhaber eines gemeinsamen Unternehmens) einer PEP?

nein ja Name, Vorname der PEP

Welches Amt übten die PEP aus?

Von wann bis wann?

Welcher Art ist die Beziehung zur PEP?

2. Identifizierung des Antragstellers/ Versicherungsnehmers

Antragsteller/ Versicherungsnehmer ist eine Einzelfirma/ natürliche Person

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis (bitte Kopie beilegen) Personalausweis Reisepass

Nummer gültig bis ausstellende Behörde

Geburtsdatum Geburtsort Nationalität

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer) zu politisch exponierten Personen (PEP)

Eine politisch exponierte Person (PEP) ist eine Person, die ein wichtiges öffentliches Amt auf höchster Staatsebene (Staatschef, Regierungschef, Mitglieder des Parlaments, Minister, Botschafter, Mitglied wichtiger Organe wie z.B. oberste Gerichte, Rechnungshöfen usw.) ausübt oder in den letzten 18 Monaten ausgeübt hat.

Sind Sie oder die ggfls. wirtschaftlichen Berechtigten

- eine PEP oder
- ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder
- ein enger Geschäftspartner (z.B. Mitinhaber eines gemeinsamen Unternehmens) einer PEP?

nein ja Name, Vorname der PEP

Welches Amt übten die PEP aus?

Von wann bis wann?

Welcher Art ist die Beziehung zur PEP?

Art der Versicherung

Direktversicherung arbeitgeberfinanziert

Direktversicherung aus Entgeltumwandlung **und** Arbeitgeberzuschuss von 20 % aus dem Entgeltumwandlungsbetrag

Beginn der Betriebszugehörigkeit

Bezugsrecht

Die versicherte Person ist für Leistungen im Todes- und Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt.

Das unwiderrufliche nachrangige Bezugsrecht für den Todesfall ist entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben nach § 3 Nr. 63 EStG festgelegt.

Bezugsberechtigt für Leistungen im Todesfall sind in folgender Rangfolge:

- der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner
- waisenrentenberechtigte Kinder der versicherten Person im Sinne des § 32 Absätze 1 bis 4 Satz 1 Nr. 1 - 3 EStG
- der namentlich benannte Lebensgefährte, mit dem die versicherte Person bei Tod einen gemeinsamen Haushalt führte, sofern kein Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner vorhanden ist
- Sind keine der genannten Hinterbliebenen vorhanden, sind die Erben **für das Sterbegeld bezugsberechtigt**, wenn keine Person namentlich benannt wird.

Um den Lebensgefährten oder einen Bezugsberechtigten für das Sterbegeld zu benennen, verwenden Sie bitte die Bezugsrechtserklärung zur Direktversicherung (Formular-Nr. 02 406 10 4316 001 0).

Besondere einzelvertragliche Vereinbarungen

(Vereinbarungen sind erst gültig, wenn die Gesellschaft sie schriftlich bestätigt.)

Wichtige Hinweise und Unterschriften

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen nicht gewünscht.

Eine Kopie des Versicherungsantrags erhalten Sie sofort nach Unterzeichnung.

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Widerrufsbelehrung, die über das Widerrufsrecht und die Folgen seiner Ausübung informiert, widerrufen.

Liegt der Versicherungsbeginn vor Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz mit dem Versicherungsbeginn einsetzt (wenn dies nicht gewünscht ist, bitte streichen).

Die Direktversicherung wird angeboten durch ein Konsortium von R+V Lebensversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden (federführender Versicherer / Konsortialführer), Condor Lebensversicherungs-AG, Admiralitätstraße 67, 20459 Hamburg.

Einwilligung zum Datenaustausch zwischen dem federführenden Versicherer (Konsortialführer) und den Konsorten

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die R+V Lebensversicherung AG die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zur Abwicklung des Konsortialvertrags an die Konsorten übermittelt. Außerdem willigen sie ein, dass die Konsorten ihre Daten dazu an die R+V Lebensversicherung AG übermitteln.

Die Vertragsbeteiligten haben die [Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung \(DSGVO\) und Schweigepflichtentbindung](#) abgegeben. Sie wird mit dem Antrag eingereicht.

Name der Person(en), die den Antrag für den Versicherungsnehmer unterzeichnen:

Name, Vorname Person 1

Name, Vorname Person 2

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (Arbeitnehmer) / des gesetzlichen Vertreters

Der Vermittler hat das [Beratungsprotokoll](#) erstellt und dem Versicherungsnehmer ausgehändigt.

Der Versicherungsnehmer verzichtet auf die Beratung und Dokumentation durch den Vermittler. Eine Verzichtserklärung wurde erstellt und dem Versicherungsnehmer ausgehändigt.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Vermittlers

SEPA-Lastschriftmandat

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Die der R+V Lebensversicherung AG lautet: DE3600200000136091.

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.

IBAN

Ich ermächtige Sie, Zahlungen vom genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von Ihnen auf das genannte Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (Versicherungsnehmer)