

Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag (GrVV) 8353 / 8354

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

Empfangsbestätigung

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

Der Antragsteller bestätigt, folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und Allgemeine Steuerinformationen
- Bedingungsheft PDF - Version mit E-Mail P | L | G | . | P | D | F
- Produktinformationsblatt und Informationen nach § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers

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

Angaben der zu versichernden Person (Arbeitnehmer)

Anr. Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person (Anrede: Herr=1, Frau =2)
Straße, Hausnummer
Postleitzahl Ort
Geburtsdatum Geburtsort Nationalität KD-Art Telefon (Vorwahl/Anschluss)*
ausgeübter Beruf / Studienrichtung E-Mail-Adresse* (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen.)
*) 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 F | L Versicherungsbeginn 0 | 1 Eintrittsalter der zu versichernden Person Rentenzahlungsweise: monatlich
Rente pro Rentenzahlung in EUR Aufschubzeit (bis nach Vollendung des . Lebensjahres der zu versichernden Person) **oder** Rentenbeginn (Datum) 0 | 1
Garantzeit (Jahre) Wird nichts ausgefüllt, gelten **10 Jahre** Garantzeit als vereinbart Kapitalabfindung bei Rentenbeginn in EUR

Einschluss Dynamik für die Entgeltumwandlung. Es gelten die Bedingungen für die Dynamik
Zur ersten Beitragsfälligkeit 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 style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EUR | = | <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EUR |

Geldwäschegesetz

1. Identifizierung des Antragstellers/ der juristischen Person (z.B. GmbH, AG, e.V.) oder Personengesellschaft (oHG, KG, GbR)

anhand eines aktuellen Auszugs aus dem öffentlichen

Name der Geschäftsführer/Vorstände*

Register, Art, Ort

Register-Nr.

Sitz der Gesellschaft

*) wenn der Platz nicht ausreicht, bitte Registerauszug einreichen

2. Identifizierung der vertretungsberechtigten natürlichen Personen der Gesellschaft, die nicht Geschäftsführer oder Vorstand sind und den Antrag für die Gesellschaft unterzeichnen

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Nationalität

Funktion

(z.B. Prokurist)

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis

Personalausweis

Reisepass

Nummer

ausstellende Behörde

Angaben zu weiteren vertretungsberechtigten Personen bitte auf einem Extrablatt notieren.

Als **Nachweis** bitte entsprechende Vollmacht der Gesellschaft vorlegen.

3. Identifizierung des Antragstellers (Einzelfirma)

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis

Personalausweis

Reisepass

Nummer

ausstellende Behörde

4. Identifizierung durch Angabe der Bankverbindung IBAN, von der die Versicherungsbeiträge überwiesen werden

Die Identität des Antragstellers (Arbeitgeber) wird anhand der Bankverbindung geprüft, von der die Beiträge überwiesen werden (Konto eines Kreditinstituts innerhalb der EU).

IBAN

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 dem Bundesdatenschutzgesetz \(BDSG\) und Schweigepflichtentbindung](#) abgegeben. Sie wird mit dem Antrag eingereicht.

Ort Datum Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

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

Der Vermittler hat das [Beratungsprotokoll bAV](#) 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. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers (Versicherungsnehmer)