

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

