

FD-Nr.	Agentur-Nr.	Vermittler-Nr.	AKT-KZ.	Vermittler (Stempel oder Name in Blockbuchstaben)
			5   2   5	

## Anmeldung

zum **Gruppenversicherungsvertrag Nr.** **8353 / 8354** mit dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken e. V. (ADA), Bismarckallee 25, 48151 Münster

### 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 (Arbeitgeber)

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

### Identifizierung nach dem 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 Register, Art, Ort

Name der Geschäftsführer/Vorstände\*

Register-Nr.      Sitz der Gesellschaft

\*) wenn der Platz nicht ausreicht, bitte Registerauszug einreichen

**2. Identifizierung des Antragstellers** (Einzelfirma)

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis       Personalausweis       Reisepass

Nummer      ausstellende Behörde

Geburtsdatum      Geburtsort      Nationalität

**3. Identifizierung durch Angabe der Bankverbindung IBAN, von dem 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

### Wichtige Erklärungen, Hinweise und Unterschriften

**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.

**Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernden Personen** mit dem Abschluss einer Rentenversicherung auf deren Leben einverstanden sind und eine schriftliche Einwilligung nach § 150 Abs. 2 VVG vorliegt.

**Der Arbeitgeber hat von den anzumeldenden Personen die Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung schriftlich vorliegen.** Er verpflichtet sich, die Datenschutzbestimmungen (Merkblatt zur Datenverarbeitung) den zu versichernden Personen zur Kenntnis auszuhändigen. Die schriftliche Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung der zu versichernden Person wird der Arbeitgeber auf Anforderung nachweisen.

**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.

**Als Anlage liegt eine Excel-Meldeliste mit**  **gemeldeten Personen bei.**

    

Ort, Datum      Unterschrift und Stempel des Antragstellers (Versicherungsnehmer/Arbeitgeber)

## Empfangsbestätigung

Der Antragsteller bestätigt den Erhalt

- der „Verbraucherinformationen“ mit Widerrufsbelehrung und Allgemeinen Steuerinformationen
- des Bedingungshefts – PDF-Version mit E-Mail P | L | G | | | | . | P | D | F |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Antragstellers (Versicherungsnehmer/Arbeitgeber)

## 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)

### R+V Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.

Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Heinz-Jürgen Kallerhoff, Julia Merkel, Marc René Michallet, Tillmann Lukosch.

Sitz: Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 7629 Amtsgericht Wiesbaden