

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

Anmeldung

Anmeldung
 Nachmeldung
 Erhöhungsmeldung
(zu einer bereits abgeschlossenen Versicherung)

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 (Angaben sind nur zu Punkt 1. oder Punkt 4. erforderlich)

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 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

Geburtsdatum Geburtsort Nationalität

oder 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

D | E

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 dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindung schriftlich vorliegen. Er verpflichtet sich, die Datenschutzbestimmungen (Merkblatt zur Datenverarbeitung) den zu versichernden Personen zur Kenntnis auszuhändigen. Die schriftliche Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindung der zu versichernden Person wird der Arbeitgeber auf Anforderung nachweisen.

02 406 10 4315 001 0 07.17

