Formular zurücksetzen | 3 x Drucken

Antrag auf Änderung der Direktversicherung

ApothekenRente
Die empfohlene Rente von ADA und ADEXA

zur Versicherungsschein-Nummer 7 0

Angaben des Antragstellers / Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

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 | Postfach

Geburtsdatum | Geburtsort | Nationalität | KD-Art | Telefon (Vorwahl / Anschluss) * | *) diese Angaben sind freiwillig

ausgeübter Beruf / Studienrichtung | E-Mail-Adresse* (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen.)

Art der Änderung

Änderungstermin 0 1

Beitragsänderung Bitte neuen Beitrag ankreuzen. Bei Änderung des Entgeltbetrags bitte Entgeltumwandlungsvereinbarung einreichen.

obligatorischer tariflicher Arbeitgeberbeitrag		**Entgeltumwandlungsbetrag**		**Arbeitgeberzuschuss** 20 % des Entgeltumwandlungsbetrags		**Summe aus** Entgeltumwandlung und 20 % Arbeitgeber-Zuschuss
☐ 10,00 EUR (für Auszubildende)		☐ 50,00 EUR	+	10,00 EUR	=	60,00 EUR
☐ 10,00 EUR (< 10 Std. Arbeitszeit)		☐ 75,00 EUR	+	15,00 EUR	=	90,00 EUR
☐ 15,00 EUR (> 10 Std. Arbeitszeit)	+	☐ 100,00 EUR	+	20,00 EUR	=	120,00 EUR
☐ 22,50 EUR (> 20 Std. Arbeitszeit)		☐ 125,00 EUR	+	25,00 EUR	=	150,00 EUR
☐ 27,50 EUR (> 30 Std. Arbeitszeit)		☐ 150,00 EUR	+	30,00 EUR	=	180,00 EUR
		☐ EUR	+	EUR	=	EUR

Sonstige Änderung der Direktversicherung

Wichtige Hinweise und Unterschriften

Grundlage des Versicherungsschutzes sind der schriftliche Antrag und der Versicherungsschein bzw. der Nachtrag zum Versicherungsschein.

☐ **Die Vertragsbeteiligtenn haben die Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) 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

Ort | Datum | Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers (versicherte Person)

R+V Lebensversicherung AG
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Volker Buchem, Dr. Klaus Endres, Jens Hasselbächer, Marc René Michallet, Dragica Mischler.
Sitz: Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 7629 Amtsgericht Wiesbaden