

Antrag auf Änderung der Direktversicherung

zur Versicherungsschein-Nummer

Angaben des Antragstellers / Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

FD-Nr. Agentur-Nr. Vermittler-Nr. AKT-KZ. 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) *

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

*) diese Angaben sind freiwillig

Art der Änderung

Änderungstermin

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

obligatorischer tariflicher Arbeitgeberbeitrag	Entgeltumwählungsbetrag	Arbeitgeberzuschuss 20 % des Entgeltumwählungsbetrags	Summe aus Entgeltumwählung 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 type="text"/> EUR	+ <input type="checkbox"/> <input type="text"/> EUR	= <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 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 Vertragsbeteiligten 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 und Stempel des Vermittlers

R+V Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Heinz-Jürgen Kallerhoff, Julia Merkel, Marc René Michallet, Peter Weiler.
Sitz: Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 7629 Amtsgericht Wiesbaden