ApothekenRente
Die empfohlene Rente von ADA und ADEXA

Erklärung zur Kundennummer

Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70
Versicherungsschein-Nummer 70

Die Apotheke

|_____, Inhaber _____|

Name und Anschrift des **bisherigen** Versicherungsnehmers

hat zum |_____| **den Inhaber gewechselt. Neuer Inhaber ist:**

Apotheke siehe oben, Inhaber_____|
Name und Anschrift des **neuen** Versicherungsnehmers

Die Versorgungszusagen werden durch den neuen Inhaber der Apotheke unverändert übernommen.
Der neue Arbeitgeber bestätigt, dass er Mitglied einer Mitgliedsorganisation des Arbeitgeberverbands Deutscher Apotheken e. V. ist oder in seinen Arbeitsverträgen mit dem Arbeitnehmer die Geltung des Bundesrahmentarifvertrags (BRTV) vereinbart ist.

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis* ☒ Personalausweis ☐ Reisepass *) als Nachweis bitte Kopie beilegen

Nummer ausstellende Behörde

Geburtsdatum Geburtsort Nationalität

Identifizierung durch Angabe der Bankverbindung IBAN, von der 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
|_DE_____|

Die Vertragsbeteiligten haben die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindung abgegeben. Sie wird mit der Übernahmeerklärung eingereicht.

|_____| |_____|
Ort, Datum Ort, Datum

|_____| |_____|
alter Firmenstempel und Unterschrift des **bisherigen** Versicherungsnehmers/ Ggf. § 181 BGB – Insichgeschäft beachten

neuer Firmenstempel und Unterschrift des **neuen** Versicherungsnehmers/Ggf. § 181 BGB – Insichgeschäft beachten

Erklärung zur Kunden-Nr.: _____

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.

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

( ) Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.
( ) Der Kontoinhaber ist **nicht** der Versicherungsnehmer.

Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht

Name, Vorname _____

Zusatz, Zustellvermerk,
Namensergänzung _____

Straße, Hausnummer _____

Länder-Kennz. _____ Postleitzahl, Ort _____

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers/Arbeitgeber