

Antrag auf Änderung der Direktversicherung

zur Versicherungsschein-Nummer

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) *

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 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
<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; Jens Hasselbächer, Tillmann Lukosch, Julia Merkel, Marc René Michallet.
Sitz: Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 7629 Amtsgericht Wiesbaden