

Erklärung zur Kundennummer

Versicherungsschein-Nummer 70 _____

Versicherungsschein-Nummer 70 _____

Versicherungsschein-Nummer 70 _____

Versicherungsschein-Nummer 70 _____

Bitte die Versicherungsvertragsnummern aller Mitarbeiter angeben

Die Apotheke

Name der Apotheke _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

hat zum |____|____|____| **den Inhaber gewechselt.**

Bisheriger Inhaber

Name des bisherigen Versicherungsnehmers _____

Neuer Inhaber ist:

Name und eMail des **neuen** Versicherungsnehmers

Name, Vorname, Firma _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

eMail _____

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.

Ort, Datum

Ort, Datum

alter Firmenstempel und Unterschrift des **bisherigen**
Versicherungsnehmers

neuer Firmenstempel und Unterschrift des **neuen**
Versicherungsnehmers

SEPA-Lastschriftmandat für R+V Lebens-, Renten- und kapitalbildende Unfallversicherungen

R+V Versicherung AG
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden

Ihre Bankverbindungsdaten

Wir benötigen pro Versicherungsvertrag und erteilter Lastschrift ein SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen. Bitte unterschreiben Sie daher **je Versicherungsvertrag und -nummer ein SEPA-Lastschriftmandat** und schicken Sie dieses Formular in einem Fensterkuvert an die bereits vorgedruckte R+V-Adresse. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (beide Elternteile oder Vormund) nötig.

Angaben zu Ihrer Person oder Firma:

Anrede, Firma _____
Name, Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____

SEPA-Lastschriftmandat

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) lautet: _____ Vertragsnummer _____
wird gesondert mitgeteilt

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

IBAN
LK PZ BLZ _____ Konto-Nr. _____

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

Anrede: Herr/Frau/Firma _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Kontoinhaber ist:

der Versicherungsnehmer

nicht der Versicherungsnehmer

Bitte zusätzlich die Unterschrift des Versicherungsnehmers und Ausweiskopie des Kontoinhabers beifügen.

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 5 Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter:
<http://www.ruv.de/de/datenschutz/datenschutz.jsp>



Versicherungsschein-Nummer

Erklärung zur Erfüllung der Pflichten nach dem Geldwäschegesetz bei Direktversicherung

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen (Seite 1 und 2).
Ein unvollständig ausgefülltes Formular führt zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Einzelunternehmer bitte II auf Seite 2 ausfüllen.

I. Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist eine juristische Person (z.B. GmbH, AG, e.V.) oder Personengesellschaft (oHG, KG, GbR)

Name, Firma	<input type="text"/>	Rechtsform	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Registerart	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>	z.B. Handelsregister, Vereinsregister	
Registergericht, Ort	<input type="text"/>		
Register-Nummer	<input type="text"/>		

Bitte aktuellen Registerauszug beilegen. Ist die Personenvereinigung nicht in einem Register eingetragen, einen anderen geeigneten Nachweis.

Name, Vorname(n) der vertretungsberechtigten Geschäftsführer/Vorstände

Person 1	<input type="text"/>	Person 3	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>	Person 4	<input type="text"/>

Name, Vorname(n) der Person(en), die den Antrag für den Antragsteller (Versicherungsnehmer) unterzeichnen

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer) zu politisch exponierten Personen (PEP)

Eine politisch exponierte Person (PEP) ist eine Person, die ein wichtiges öffentliches Amt auf höchster Staatsebene (Staatschef, Regierungschef, Mitglieder des Parlaments, Minister, Botschafter, Mitglied wichtiger Organe wie z.B. oberste Gerichte, Rechnungshöfen usw.) ausübt oder in den letzten 18 Monaten ausgeübt hat.

Sind die vertretungsbefugten natürlichen Personen oder die ggfls. wirtschaftlichen Berechtigten

- eine PEP oder
- ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder
- ein enger Geschäftspartner (z.B. Mitinhaber eines gemeinsamen Unternehmens) einer PEP?

nein
 ja Name, Vorname der PEP

Welches Amt übten die PEP aus? Von wann bis wann?

Welcher Art ist die Beziehung zur PEP?

00 406 10 4067 0010 01.22

II. Identifizierung des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist eine Einzelfirma/ natürliche Person

Name, Vorname(n)	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>

Identifizierung erfolgt durch gültigen amtlichen Ausweis (bitte Kopie beilegen)

Personalausweis

Reisepass

Nummer	<input type="text"/>	gültig bis	<input type="text"/>	ausstellende Behörde	<input type="text"/>
--------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------

Name, Vorname(n) der Person(en), die den Antrag für den Antragsteller (Versicherungsnehmer) unterzeichnen

Person 1

Person 2

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer) zu politisch exponierten Personen (PEP)

Eine politisch exponierte Person (PEP) ist eine Person, die ein wichtiges öffentliches Amt auf höchster Staatsebene (Staatschef, Regierungschef, Mitglieder des Parlaments, Minister, Botschafter, Mitglied wichtiger Organe wie z.B. oberste Gerichte, Rechnungshöfen usw.) ausübt oder in den letzten 18 Monaten ausgeübt hat.

Sind Sie oder die ggfls. wirtschaftlichen Berechtigten

- eine PEP oder
- ein unmittelbares Familienmitglied einer PEP oder
- ein enger Geschäftspartner (z.B. Mitinhaber eines gemeinsamen Unternehmens) einer PEP?

nein

ja Name, Vorname der PEP

Welches Amt übte die PEP aus?

Von wann bis wann?

Welcher Art ist die Beziehung zur PEP?

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers