

Zusatzformular Firmenstruktur

Zusatzformular Firmenstruktur

Anlage zur Arbeitgebererklärung

Firma

Gruppenvertrags-Nr.

Firmenstruktur

Folgende Tochterunternehmen bzw. Filialen beteiligen sich als eigene Abrechnungsgruppen

Angaben zum Versicherungsnehmer

Firma, bzw. Name, Vorname

Meldeadresse / Firmensitz:

Straße, Hausnummer

Sonderzeile für Adressenergänzung

Postleitzahl

Ort

Ggf. abweichende Korrespondenzadresse:

Straße, Hausnummer

Sonderzeile für Adressenergänzung

Postleitzahl

Ort

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)

Telefax (mit Vorwahl)

Juristische Person: Rechtsform

Registernummer

Registerart: HandelsR VereinsR GenossenschaftsR PartnerschaftsR sonstiges Register

Natürliche Person: Frau Mann

Geburtsdatum tt.mm.jjjj

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit(en): deutsch wenn abweichend welche?

Beruf

Berufsgruppe

Die Überprüfung der Daten erfolgte durch den Vermittler an Hand des folgenden Ausweises:

Personalausweis

Nummer

gültig bis tt.mm.jjjj

Pass

Nummer

gültig bis tt.mm.jjjj

Ausstellende Behörde / Ausstellungsort

Zahlweg (Bei fehlenden Angaben zum Zahlweg wird grundsätzlich von Einzelüberweisung ausgegangen.)

Einzelüberweisung

Die Beiträge je versicherter Person werden als Einzelüberweisung unter Angabe der Teilversicherungsnummer im Verwendungszweck auf das nachstehend genannte Konto der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG überwiesen:

Bayern LB / IBAN DE03 7005 0000 0000 0240 22 / BIC BYLADEMM

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die unten stehenden Gesellschaften, Zahlungen für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von diesen Gesellschaften auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte/Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
IBAN	BIC
Kreditinstitut	

Sofern die Beiträge von meinem/unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Ort, Datum	Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)
------------	--

Ihre Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer

Versicherungsnummer Abrechnungsgruppennummer (für Gruppenversicherungen)

(Bitte ggf. bestehende Abrechnungsgruppennummer eintragen)

Bayern Versicherung Lebensversicherung Aktiengesellschaft Maximilianstraße 53, 81535 München Gläubiger-Identifikationsnummer DE61BL000000156981	ISU e.V. Rosenheimer Landstraße 72, 85521 Ottobrunn Gläubiger-Identifikationsnummer DE37ISU00000238699
--	--

Angaben zum Geldwäschegesetz.

Im Rahmen des Geldwäschegesetzes sind wir verpflichtet, bei Begründung einer Geschäftsbeziehung die Identität unseres Vertragspartners zu überprüfen, die Mittelherkunft zu hinterfragen und ggf. wirtschaftlich Berechtigte zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich jede natürliche Person, die die Transaktion letztendlich veranlasst hat oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztendlich steht. Es kann zu einem Vertrag auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben (z. B. abweichender Beitragszahler, Abtretungsgläubiger, abweichender Bezugsberechtigter im Erlebensfall).

Offenlegungspflicht

- Gemäß § 4 Abs. 6 Geldwäschegesetz (GwG) hat der Vertragspartner offenzulegen, ob er die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen will, sowie alle notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebende Änderungen unverzüglich anzuzeigen. Daraus resultiert die Pflicht für den Vertragspartner, das Versicherungsunternehmen aktiv darüber zu informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht der Vertragspartner ist (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die der Vertragspartner lediglich Kontovollmacht besitzt, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.
- Die aktive Informationspflicht gilt für sämtliche zahlungsrelevanten Geschäftsvorfälle während der Geschäftsbeziehung (z. B. Überweisungen, Zuzahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommt der Vertragspartner seiner Offenlegungspflicht nicht nach oder nicht wahrheitsgemäß nach, ist gemäß § 11 Absatz 1 GwG Meldung an das Bundeskriminalamt und die Strafverfolgungsbehörden zu erstatten.

Identifizierung der Beteiligten (außer bei der Unterstützungskasse)

Direktzusage

- Vertragspartner ist eine natürliche Person – bitte die „Erklärung zum Geldwäschegesetz – N (327116)“ ausgefüllt und unterschrieben beifügen.
 Vertragspartner ist eine juristische Person – bitte die „Erklärung zum Geldwäschegesetz – J (327117)“ ausgefüllt und unterschrieben beifügen.

Direktversicherung

1. Identifizierung des Vertragspartners

Die Feststellung der Identität erfolgt über die im Absatz „Versicherungsnehmer“ gemachten Angaben.

Bitte fügen Sie für juristische Personen zur Überprüfung der Identität zwingend einen aktuellen Registrauszug bei. Der Versicherungsnehmer bestätigt die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der beigefügten Dokumente.

In Frage kommen Auszüge aus dem Handelsregister, Vereinsregister, Genossenschaftsregister oder Partnerschaftsregister (je nach Rechtsform).

- Die Beiträge werden von folgendem Konto des Vertragspartners überwiesen:

Name und Anschrift des Kreditinstituts	
IBAN	BIC

2. Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten

Bei der Direktversicherung ist grundsätzlich die versicherte Person wirtschaftlich Berechtigter. Die Feststellung der Identität erfolgt je eingereichtem Einzelvertrag.

ACHTUNG:

Bei unvollständigen Angaben darf leider keine Bearbeitung erfolgen!

Um Nachfragen zu vermeiden bitten wir Sie daher, die Fragen sorgfältig zu beantworten und alle notwendigen Dokumente beizufügen.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
------------	---------------------------------------