

**Erklärungen für die Zusammenarbeit mit der Continentale Krankenversicherung a.G.**

Firma/Firmenstempel:		Handelsregisternummer:	
<b>Bei natürlichen Personen:</b>			
Name, Vorname:		Geburtsort:	
Str./Haus-Nr.:		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Registrierungsnummer:	
<b>Bei juristischen Personen</b> (GmbH, AG)		Registrierungsnummer der juristischen Person:	
<b>Einzelheiten zu den geschäftsführenden Gesellschaftern/Geschäftsführern/Vorständen):</b>			
Name, Vorname:		Geburtsort:	
Privatanschrift (Str./Haus-Nr.):		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Registrierungsnummer dieses Gesellschafters der Personengesellschaft:	
Name, Vorname:		Geburtsort:	
Privatanschrift (Str./Haus-Nr.):		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Registrierungsnummer dieses Gesellschafters der Personengesellschaft:	
Name, Vorname:		Geburtsort:	
Privatanschrift (Str./Haus-Nr.):		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Registrierungsnummer dieses Gesellschafters der Personengesellschaft:	
<b>Kontaktdaten:</b>		Fax:	
Telefon:		Email:	
Mobil:		Internetadresse:	
<b>Vermittlerstatus:</b>			
Versicherungsmakler <input type="checkbox"/>		Ust-Identifikations-Nr.:	
Mehrfachagent <input type="checkbox"/>		Steuer-Nummer:	
<b>Falls keine Registrierungsnummer:</b> Über welche Qualifikation verfügen Sie (Nachweis beigefügt)?			
Gehören Sie einem <b>Verbund/Pool</b> an? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchem?			
Besteht Ihr Vermittlerbetrieb aus mehr als zwei Vermittlerstufen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Die Provision/Courtage soll überwiesen werden auf:		Kontonummer:	
Name und Ort des Geldinstituts:		Bankleitzahl:	

## Weitere Erklärungen

- a) Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der geplanten Zusammenarbeit personenbezogene Daten erhoben, genutzt und gem. § 3 Abs. 4 BDSG verarbeitet werden. Diese Daten werden an die Auskunftsstelle über Versicherungs-/ Bausparkassenaußendienst und Versicherungsmakler in Deutschland e.V. (AVAD) übermittelt und dort nach dem mir/uns aus dem beiliegenden Muster bekannten AVAD-Verfahren verarbeitet. Die AVAD ist berechtigt, die Daten an die am Auskunftsverfahren teilnehmenden Unternehmen zu übermitteln, soweit diesen eine Einwilligungserklärung vorliegt oder eine andere Rechtsgrundlage dies gestattet. Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist ferner berechtigt, die für meine/unsere Tätigkeit relevanten Daten bei Wirtschafts- und Handelsauskunfteien einzuholen.
- b) Die Vermittlung von Versicherungen, deren Anträge vor dem schriftlichen Vertragsabschluss aufgenommen werden, erfolgt ohne Anspruch auf den Provisions-/Courtagediskont. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die vereinbarte Provision/Courtage zu diesen Versicherungen nur in dem Umfang ausgezahlt wird, wie sie verdient ist. Die vertraglich vorgesehene Diskontierung für vor Vertragsaufbereitung eingereichte und policierte Anträge erfolgt erst dann, wenn die AVAD-/Wirtschaftsauskünfte ohne Negativmerkmale sind, der Vertriebspartnervertrag/die Courtagezusage von beiden Partnern unterschrieben vorliegt und die ggf. vereinbarten Sicherheiten (z.B. Vertrauensschadenversicherung) bestehen.
- c) Für mich/uns sind: (Anzahl) \_\_\_\_\_ Versicherungsvermittler (hauptberuflich, angestellt)  
und/oder (Anzahl) \_\_\_\_\_ Versicherungsvermittler nebenberuflich tätig.
- Die relevanten Daten der für mich/uns tätigen Versicherungsvermittler
- habe ich/haben wir der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_ mitgeteilt.
- werde ich/werden wir der Continentale Krankenversicherung a.G. mitteilen.
- Die Einwilligungserklärung der für mich/uns tätigen Versicherungsvermittler (haupt-, nebenberuflich, angestellt) für die Teilnahme am AVAD-Auskunftsverkehr liegen bei bzw. werden in den nächsten Tagen der Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt.
- d) Sofern noch nicht im Vermittlerregister registriert:  
Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir sämtliche gesetzlichen und behördlichen Voraussetzungen zur Ausübung der Tätigkeit eines Versicherungsvermittlers erfülle/n und mir/uns von einem Ermittlungs-/Strafverfahren gegen mich/uns bzw. einem unserer Versicherungsmittler nichts bekannt ist.
- e) Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist berechtigt, von mir/uns eingereichtes Geschäft zu recherchieren.  
Hiermit erkläre ich mich/wir uns ausdrücklich einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vermittlers bzw. der geschäftsführenden Gesellschafter/Geschäftsführer/Vorstände