

Persönliches Vertriebspartnerprofil

(bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen)



Wie sind Sie auf uns gestoßen? (Kontakt über Kollegen, Presse, Messe, etc.?)

Angaben zur Person (Geschäftsführung)

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname	
<input type="text"/> Geburtsname	<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Geburtsort
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort
<input type="checkbox"/> weitere Geschäftsführer / Vorstände bitte Extrablatt		

Angaben zur Gesellschaft (falls Kapitalgesellschaft, wie GmbH / AG vorliegt)

<input type="text"/> Firma, Rechtsform		
<input type="text"/> Gründungsdatum	<input type="text"/> HR-Nr.	<input type="text"/> Geschäftsführer, Vorstandsmitglieder
von oben abweichende Adressen (ggf. Extrablatt):		
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort

Weitere Daten zur Gesellschaft

<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> Faxnummer	<input type="text"/> E-Mail
<input type="text"/> Steuernummer	<input type="checkbox"/> Makler <input type="checkbox"/> Mehrfachagent	<input type="text"/> Registernummer
<input type="text"/> IBAN	<input type="text"/> BIC	
<input type="text"/> Kreditinstitut		

Anlagen

AVAD-Erklärung für den GF / Vorstand	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Handelsregisterauszug (für Kapitalgesellschaften)	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Schwerpunkte der Zusammenarbeit

<input type="checkbox"/> Sachversicherungen	<input type="checkbox"/> Unfallversicherungen	<input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung
<input type="checkbox"/> Deutsche Unterstützungskasse e.V.	<input type="checkbox"/> Tantiemenmodell	<input type="checkbox"/> Vermögensschaden HV
<input type="checkbox"/> Risikoleben	<input type="checkbox"/> Gewerbliche Versicherungen	<input type="checkbox"/> Krankentagegeld

Bemerkungen

Bestätigung

Mit der Anmeldung erteile/n ich/wir die Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der hier angegebenen Daten. Diese werden zum Zwecke der rechtmäßigen Aufgabenerfüllung im Rahmen der gegenseitigen Geschäftsbeziehungen zwischen der ConceptIF Group AG, ConceptIF GmbH, ConceptIF Pro GmbH und ConceptIF BIZ GmbH (im Folgenden ConceptIF) und mir/uns verwendet. ConceptIF kann die Daten an ihre Produktgeber, Maklerpools, Abwicklungsplattformen oder sonstige in die Abwicklung von Versicherungsgeschäften eingebundene Unternehmen weitergeben, soweit dies im Interesse einer ordnungsgemäßen Geschäftsabwicklung erforderlich ist. ConceptIF hat uns darauf hingewiesen, dass sie sich vorbehält, bei Bedarf Wirtschaftsauskünfte über mich/uns als Partner bei Wirtschaftsauskunfteien wie Creditreform, Schufa, u. a. einzuholen. Zudem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten an die Auskunftstelle über den Versicherungsaufendienst e.V. (AVAD) weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für das weitere AVAD-Verfahren, wie es sich aus dem Informationsblatt für den AVAD Auskunftsverkehr ergibt

ConceptIF darf zudem Informationen über die Kommunikationswege E-Mail, Post, Telefon und Fax (**nicht zutreffendes bitte streichen**) an mich/uns übermitteln. Die Weitergabe der Daten an Dritte, insbesondere kommerzielle Vermarkter, erfolgt nicht

Diese Einwilligung ist freiwillig und wird sofort wirksam. Sie kann jederzeit schriftlich per Post oder E-Mail widerrufen werden.

Ich/Wir bestätigen, dass keine insolvenzrechtlichen Maßnahmen, wie z. B. Zwangsvollstreckung, eidesstattliche Versicherung, Pfändungs-/Überweisungsbeschlüsse gegen mich /uns vorliegen/eingeleitet sind.

Ich/Wir bestätige/n, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden.

<input type="text"/> Datum	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Stempel / Unterschrift aller Geschäftsführer / Vorstände / Inhaber
-------------------------------	-----------------------------	--