

Persönliches Vertriebspartnerprofil

(bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen)

CONCEPTIF  AG

CONCEPTIF  POOL GmbH

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

Angaben zur Person (Geschäftsführung)

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

weitere Geschäftsführer / Vorstände bitte Extrablatt

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

Firma, Rechtsform

Gründungsdatum

HR-Nr.

Geschäftsführer, Vorstandsmitglieder

von oben abweichende Adressen (ggf. Extrablatt):

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Weitere Daten zur Gesellschaft

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Steuernummer

 Makler Mehrfachagent

Registernummer

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Anlagen

AVAD-Erklärung für den GF / Vorstand

beigelegt

wird nachgereicht

Handelsregisterauszug (für Kapitalgesellschaften)

beigelegt

wird nachgereicht

Schwerpunkte der Zusammenarbeit

Sachversicherungen

Unfallversicherungen

Kfz-Versicherung

Deutsche Unterstützungskasse e.V.

Tantiemenmodell

Vermögensschaden HV

Risikoleben

Gewerbliche Versicherungen

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 AG, ConceptIF Pool GmbH und ConceptIF Pro 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.

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 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.

Datum

Ort

Stempel / Unterschrift aller Geschäftsführer / Vorstände / Inhaber