



PKV-Tarifoptimierung-Auftragserteilung

zur einmaligen Beratung
einer bestehenden privaten Krankenversicherung



Bei dem Versicherer :
mit der Vertragsnummer :
für folgende Personen :
Maklerexperten Vermittler-Nr. : 125788, Transparent Finance Consult AG, Köpf, Peter

Auftraggeber

Vorname Name :
Geb.-Dat. :
Straße :
PLZ und Ort :
Telefon :
Mobiltel. :
Email :
Beruf : Angestellt Selbstständig Freiberuflich Rentner

Auftragnehmer

Maklerexperten GmbH Telefon : 06102-882-1924
Offenbacher Straße 104 Telefax : 06102-882-1923
63263 Neu-Isenburg Email : auftrag@pkv-tarifoptimierung.de

Auftragsgegenstand

Der Auftraggeber beauftragt die Maklerexperten GmbH die benannte Versicherung auf marktgerechte Prämiensätze und Vertragsalternativen zu überprüfen.

Vergütung

Der Auftraggeber zahlt bei einem Versichererwechsel nichts. Bei einem Wechsel innerhalb des Unternehmens einmalig 75% von der Jahresersparnis (Alter Beitrag abzüglich neuer Beitrag) wenn eine Tarifumstellung erfolgt, mindestens eineinhalb Monatsbeiträge des neuen Tarifs.

Zum Vorteil des Auftraggebers wird eine eventuelle Erhöhung der Selbstbeteiligung (SB) von der Jahresersparnis zu 50% abgezogen. Eine mögliche Reduzierung der Selbstbeteiligung wird der Jahresersparnis hinzugerechnet.

Stichtag für die Berechnung des Vergütungsanspruchs, ist die Wirksamkeit der Vertragsänderung.

Unberücksichtigt bei der Jahresersparnis bleiben Arbeitgeberzuschüsse, Beitragsrückerstattungen, steuerliche Absetzbarkeit, Beitragszuschläge auf Grund von Mehrleistungen, die Erhöhung von bestehenden Tarifen oder der Abschluß von neuen Tarifen, die eine Mehrleistung begründen.

Der Auftraggeber ist **nicht verpflichtet**, eine Vertragsänderung vorzunehmen. Für diesen Fall entstehen **keine Kosten**. Sollte der Auftraggeber innerhalb von 24 Monaten, auch ohne die Abwicklung durch den Auftragnehmer eine Vertragsänderung durchführen, bleibt der Vergütungsanspruch bestehen.

Widerrufsrecht und Sonstiges

Sie können diesen Auftrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tage des Eingangs bei Maklerexperten. Der Auftraggeber willigt ein, dass die Maklerexperten GmbH dem Auftraggeber jederzeit telefonisch, elektronisch oder schriftlich für diesen Auftrag Informationen jeglicher Art zukommen lassen kann. Gerichtsstand ist das Amtsgericht Offenbach.

Datenschutzerklärung

Ich mache mit meiner Unterschrift die Datenschutzerklärung auf Seite 2 zum Inhalt dieses Auftrags.

Ort und Datum

✗

Unterschrift des Auftraggebers

Datenschutzerklärung

Einführung

Im Rahmen unserer Tätigkeit, insbesondere zur Erstellung von Angeboten, der Vermittlung von Verträgen, dem Aufrechterhalten von Versicherungsschutz und der Unterstützung bei der Abwicklung von Leistungsfällen kann es erforderlich sein, dass wir ihre persönlichen und geschäftlichen Daten von Ihnen und den zu versichernden Personen erfassen, speichern und an Dritte weitergeben, bzw. von Dritten in Empfang nehmen.

Einwilligung zur Weitergabe der Daten an Dritte

Zur Vertragserfüllung nutzen wir - soweit erforderlich - die Dienste von Dienstleistern. Sie willigen ein, dass wir diese Daten -auch Gesundheitsdaten*- übermitteln und die übermittelten Daten zur Vertragserfüllung dort gespeichert und verarbeitet werden. Die von uns genutzten Dienstleister teilen wir Ihnen auf Anforderung mit.

Einwilligung zur Anforderung Ihrer Daten von Dritten

Soweit es zur Vertragserfüllung erforderlich ist (beispielsweise der Abwicklung von Leistungsfällen, sowie der Prüfung und Vermittlung von Versicherungsverträgen), willigen Sie ein, dass wir, nachdem wir Sie informiert haben, persönliche Daten von Ihnen - auch Gesundheitsdaten - von Dritten (beispielsweise andere Versicherer, Ärzte, Steuerberater, Anwälte, Auskunftsteile) anfordern und bei uns verarbeiten und speichern.

Recht auf Löschung oder Sperrung der gespeicherten Daten

Für die Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Auftrages ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Soweit Sie von Ihrem Recht auf Löschung oder Sperrung der Daten Gebrauch nehmen endet der Auftrag. Weiterhin können wir verlangen, dass Sie uns vor der Löschung von den uns damit entstehenden Rechtsnachteilen, insbesondere durch die Löschung der Beratungsdokumentationen, durch gesonderte schriftliche Erklärung von der Haftung freistellen.

Vollmachten

für eine bestehende private Krankenversicherung bei folgendem Versicherer:

Der Auftraggeber

Name :
Straße :
PLZ und Ort :

Auftragnehmer

Maklerexperten GmbH
Offenbacher Straße 104
63263 Neu-Isenburg

Der Auftraggeber bevollmächtigt den Auftragnehmer:

- a) den Auftraggeber beim Versicherer zu vertreten.
- b) Auskünfte bei dem oben genannten Krankenversicherer einzuholen. Dies gilt auch für Angaben zum Gesundheitszustand, zur Nachprüfung und Auswertung aller von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben.
- c) Auskünfte über den genannten Krankenversicherungsvertrag weiterzugeben, auch für Angaben zum Gesundheitszustand. Dies gilt für Beschäftigte der Krankenversicherung und den Auftragsvermittler.
- d) Änderungen des Vertragsverhältnisses zu veranlassen, wenn dies vorher in einem gemeinsamen Beratungsprotokoll vereinbart wurde.
- e) zur stellvertretenden Entgegennahme von Versicherungsbedingungen, Produktinformationsblättern und Verbraucherinformationen.
- f) **nicht**, den Vertrag in die Verwaltung zu übernehmen

Die Vollmacht kann schriftlich widerrufen werden, allerdings ist die Auskunftsvollmacht nach Absatz b) noch 24 Monate nach Widerruf gültig.

Ort und Datum

×

Unterschrift des Auftraggebers

Postempfangsvollmacht zur Tarifumstellung in der PKV

für den Versicherungsvermittler:
Maklerexperten GmbH Offenbacher Straße 104 63263 Neu-Isenburg
im Folgenden „Versicherungsvermittler“ genannt

Versicherungsnehmer :
Anschrift :
Versicherungsnummer :
Mitversicherte Personen :
Geburtsdatum :

Damit mich der oben genannte Versicherungsvermittler in allen diese Tarifumstellung betreffenden Antrags- und Vertragsangelegenheiten umfassend beraten kann, setze ich den genannten Versicherungsvermittler als Postzustellungsbevollmächtigten ein und gebe zu diesem Zweck folgende Erklärungen ab.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass sämtlicher Schriftwechsel, der im Rahmen dieses Tarifumstellungswunsches zur Aufnahme oder Abwicklung des Vertrags erforderlich ist, vom Versicherer ausnahmslos mit dem genannten Versicherungsvermittler geführt wird, insbesondere

- zur Bearbeitung des Antrags
- zur Risikobeurteilung
- zur Erfüllung der vertragsbegleitenden Beratungspflicht nach dem Versicherungsvertragsgesetz und erteile dem genannten Versicherungsvermittler vollumfängliche Empfangsvollmacht für die gesamte zur Tarifumstellung erforderliche Antrags- und Vertragskorrespondenz des Versicherers.

Ich willige in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten ein, soweit zu den oben genannten Zwecken die vom Versicherer bei mir oder bei Dritten erhobenen Gesundheitsdaten an den Versicherungsvermittler weitergegeben werden.

Die Angehörigen des Versicherers sowie die für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten entbinde ich insofern von ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich für mich bzw. für die gesetzlich von mir vertretene(n) zu versichernde(n) Person(en) ab. Sie gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Vollmachtserklärung erlischt mit Abschluss / Policierung des Tarifwechsels und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versicherer widerrufen werden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab 16 J. oder des gesetzlichen Vertreters

Deckblatt für die Übersendung per Post

Abs.:

Maklerexperten GmbH
PKV-Tarifoptimierung
Offenbacher Straße 104
63263 Neu-Isenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

dem Schreiben liegen bei:

- Auftragserteilung
- Vollmachten
- Policenkopie der bestehenden Krankenversicherung
- Sonstiges

Bemerkungen:

Mit freundlichen Grüßen