

# PKV-Beitragsoptimierer Auftragserteilung

BEITRAGSOPTIMIERER.DE  
VERSICHERUNGSMAKLER

Bei dem Versicherer :  
mit der Vertragsnummer :  
für folgende Personen :  
Vermittler-Nr. : 129431

## Auftraggeber

Name :  
Geb.-Dat. :  
Straße :  
PLZ und Ort :  
Telefon :  
E-Mail :  
Beruf :

Angestellt    Selbstständig    Freiberufler    Rentner

## Auftragnehmer

Beitragsoptimierer.de GmbH  
Lerchenstr. 2  
63150 Heusenstamm

Telefon : 06104-9535105  
Telefax : 06104-9535290  
E-Mail: [auftrag@beitragsoptimierer.de](mailto:auftrag@beitragsoptimierer.de)

## Auftragsgegenstand

Der Auftraggeber beauftragt Auftragnehmer Beitragsoptimierer.de GmbH die benannte Versicherung auf marktgerechte Prämiensätze und Vertragsalternativen zu überprüfen. Die Recherche wird gemeinsam mit der Maklerexperten GmbH durchgeführt.

## Vergütung

Der Vergütungsanspruch von **einmalig** 100% der Jahresersparnis, mindestens zwei Monatsbeiträge des neuen Tarifs, entsteht mit Wechsel in einen anderen Tarif innerhalb der nächsten 24 Monate. Sollte der Auftraggeber, auch ohne die Abwicklung durch den Auftragnehmer eine Vertragsänderung durchführen, bleibt der Vergütungsanspruch bestehen. Stichtag für die Berechnung des Vergütungsanspruchs, ist die Wirksamkeit der Vertragsänderung. **Der Auftraggeber ist nicht verpflichtet, eine Vertragsänderung vorzunehmen. Für diesen Fall entstehen keine Kosten.**

Unberücksichtigt bei der Jahresersparnis bleiben Arbeitgeberzuschüsse, steuerliche Absetzbarkeit, Beitragsrückerstattungen, Beitragszuschläge auf Grund von Mehrleistungen, Erhöhung der Selbstbeteiligung, die Erhöhung von bestehenden Tarifen oder der Abschluss von neuen Tarifen, die eine Mehrleistung begründen. Die Reduzierung der Selbstbeteiligung wird der Jahresersparnis hinzugerechnet.

## Sonstiges

Der Auftraggeber willigt dem Auftragnehmer ein, dem Auftraggeber per Telefax, Telefon oder E-Mail Informationen zukommen zu lassen. Als Gerichtsstand gilt das Amtsgericht Offenbach am Main.

## Datenschutzerklärung

Die Einwilligung zur Datenschutzerklärung, Version vom 26.11.2019 wird akzeptiert. Diese kann eingesehen werden unter <https://www.beitragsoptimierer.de/datenschutzerklärung>

## 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 beim Auftragnehmer.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

# Vollmachten

BEITRAGSOPTIMIERER.DE  
VERSICHERUNGSMAKLER

## Auftraggeber

Name :

Geb.-Dat. :

Straße :

PLZ und Ort :

## Auftragnehmer

Beitragsoptimierer.de GmbH  
Lerchenstr. 2  
63150 Heusenstamm

Der Auftraggeber bevollmächtigt den Auftragnehmer und die Maklerexperten GmbH

- Den Auftraggeber beim Versicherer zu vertreten.
- Auskünfte bei dem Versicherer einzuholen und weiterzugeben. Dies gilt für Beschäftigte des Versicherers und gilt auch für Angaben zum Gesundheitszustand, zur Nachprüfung und Auswertung aller von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben.
- Änderungen des Vertragsverhältnisses zu veranlassen
- zur stellvertretenden Entgegennahme von Versicherungsbedingungen, Produktinformationsblättern und Verbraucherinformationen.

---

Ort und Datum

x

---

Unterschrift(en)

# Postempfangsvollmacht

einer bestehenden privaten Krankenversicherung

BEITRAGSOPTIMIERER.DE  
VERSICHERUNGSMAKLER

für den Versicherungsvermittler:

Beitragsoptimierer.de GmbH  
Lerchenstr. 2  
63150 Heusenstamm

im Folgenden „Versicherungsvermittler“ genannt

Name :

Geb.-Dat. :

Straße :

PLZ und Ort :

Vers.-Nr. :

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 kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versicherer widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

✕

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

# Deckblatt für die Übersendung per Post

**Abs.:**

Beitragsoptimierer.de GmbH  
Lerchenstr. 2  
63150 Heusenstamm

Sehr geehrte Damen und Herren,

dem Schreiben liegen bei:

Auftragserteilung

Vollmachten

Policenkopie der bestehenden Krankenversicherung

Sonstiges

Bemerkungen:

Mit freundlichen Grüßen