

Versicherungsberater André Salau
C/O
verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.

Postanschrift: Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

AUFTRAG

Hiermit beauftrage(n) ich / wir Herrn Versicherungsberater André Salau C/O verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v. für mich / uns folgende Tätigkeiten auszuführen:

Beratungsumfang: Prüfung Tarife private Krankenversicherung gemäß § 204 VVG

Auftraggeber Name / Vorname / Straße / PLZ / Ort		
Sonstiges		Beruf
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail

Die Honorierung des Versicherungsberaters erfolgt gemäß der beiliegenden Vergütungsvereinbarung.

Für diesen Auftrag gilt die Vergütungsvereinbarung vom _____ (Siehe Anlage)

Die Vollmacht vom _____ (Siehe Anlage)

Die Informationen gemäß § 11 Abs. 1 VersVermV wurden übergeben.

Beginn und Ende des Auftrags

Der Auftrag kommt erst nach Gegenzeichnung des Versicherungsberaters André Salau und Aushändigung zustande.
Der Auftrag endet mit der Übersendung der Schlussrechnung, soweit keine anderen Vereinbarungen getroffen wurde.

Widerrufsbelehrung

- **Widerrufsrecht:**

Sie können diesen Auftrag innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform per Brief, Telefax oder E-Mail (mit Lesebestätigung) widerrufen. Die Frist beginnt mit Auftragsannahme und Erhalt dieser Belehrung.

- **Widerrufsfrist:**

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Versicherungsberater André Salau, Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

- **Abspraken:**

Das Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Versicherungsberater mit der Ausführung der Dienstleistung mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung vor Ende der Widerrufsfrist begonnen hat oder Sie diese selbst veranlasst haben.

Mit der Mandatsbearbeitung soll vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist begonnen werden. Mir ist bekannt, dass das Widerrufsrecht mit der früheren Mandatsbearbeitung erlischt.

Eine Kopie dieses Auftrags habe erhalten.

Ort / Datum / Unterschrift Auftraggeber
(Auftragserteilung)

Ort / Datum / Unterschrift Versicherungsberater
(Auftragsannahme)

Vergütungsvereinbarung

Auftraggeber Name / Vorname / Straße / PLZ / Ort		
Sonstiges		Beruf
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail

und Versicherungsberater André Salau (Auftragnehmer)

Wird nachfolgende Vergütungsvereinbarung geschlossen:

1. **Allgemeines:** Grundlage dieser Vergütungsvereinbarung ist der Beratungsauftrag vom _____
2. **Rechtsgrundlage:** Der Auftragnehmer wird im Rahmen eines Dienstvertrages gemäß §§ 611 ff BGB tätig. Die Vergütung erfolgt zeitabhängig auf Basis der Stundensätze in Anlehnung an § 4 (2) Rechtsanwaltsvergütungsgesetz.
1. **Stundensatz:** Die Beratungsleistung erfolgt zu einer Pauschale in Höhe von € netto € 449,- zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer (z.Zt. 19%) € 85,31, insgesamt Brutto € 534,31 inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer.
2. **Ersatz von Auslagen:** Neben den jeweiligen Gebühren kann der Ersatz folgender Auslagen in Rechnung gestellt werden
 - Fotokopien und Abschriften, je Seite 0,50 € (zzgl. 19% MwSt.= 0,60 € inkl. MwSt.)
 - Überlassung von elektronischen Dateien 3,50 € (zzgl. 19% MwSt. = 4,17 € inkl. MwSt.)
 - Geschäftsreisen: Fahrtkosten 0,50 € je Kilometer (zzgl. 19% MwSt.= 0,60 € inkl. MwSt.) zzgl. barer Auslagen oder Reisekosten in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz (z.B. Bahnfahrt 2.Klasse)
 - Übernachtungskosten pro Tag pauschal 100 € (zzgl. 19% MwSt.= 119,-€ inkl. MwSt.)
 - Post- und Telekommunikationsdienstleistungen (W 7002) in Höhe von 20,-€ (zzgl. 19% MwSt. = 23,80 € inkl. MwSt.) pauschal.
3. **Abschlagszahlung:** Der Versicherungsberater ist berechtigt, Abschlagszahlungen zu verlangen.
4. **Kostentragung:** Dem Auftraggeber ist bekannt, dass die Vergütungsvereinbarung von der gesetzlichen Gebührentabelle abweicht und ein eventueller Erstattungsanspruch durch Dritte auf die gesetzlichen Gebühren begrenzt ist. Bei Unwirksamkeit der Vereinbarung soll die gesetzliche Gebühr gelten.
5. **Fälligkeit der Zahlung:** Das Honorar und der Ersatz von Auslagen sind nach der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig.
6. **Aufstellung:** Mit der Rechnung erhält der Auftragnehmer eine detaillierte Aufschlüsselung des Tätigkeitsumfangs mit Zeitaufwand.

Ort / Datum / Unterschrift Auftraggeber

Vollmacht zur außergerichtlichen Vertretung in der Angelegenheit „Versicherungen“

Auftraggeber Name / Vorname / Straße / PLZ / Ort

Herrn Versicherungsberater André Salau wird hiermit Vollmacht zu meiner / unserer außergerichtlichen Vertretung in der Angelegenheit „Versicherungen“ erteilt.

Diese Vollmacht gilt für nachfolgenden Vertrag (Private Krankenversicherung):

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Herr André Salau ist berechtigt, mich / uns in allen privatversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu vertreten die nachfolgenden Aufgaben beinhalten:

- Einholung von Vertragsdaten insbesondere vollständige Leistungs- und Bestandsübersichten bestehender Verträge
- Änderungen, Prüfungen sowie Vereinbarungen zu bestehenden Versicherungsverträgen
- Einholung von Versicherungsangeboten
- Anfragen bezüglich Risikovoraberechnungen

Diese Vollmacht ermächtigt insbesondere:

1. zu außergerichtlichen Verhandlungen aller Art und zur Vertretung in Vertragsangelegenheiten der vorstehend aufgeführten Art,
2. Übertragung der Vollmacht ganz oder teilweise auf andere, auch als Prozessvollmacht gem. § 81 ff. ZPO, §§138,302,374 STPO u. § 67 VWGO,
3. zur Empfangnahme von Urkunden und zur Verfügung darüber ohne Beschränkung des § 181 BGB,
4. zur Akteneinsicht bei Behörden, Versicherern und medizinischen Leistungsträgern,
5. zur Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen, zur Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen, zum Abschluss von Vergleichen,
6. zum Einholen von Auskünften jeder Art bei den beteiligten Versicherungsunternehmen, die für den jeweils erteilten Auftrag nach Auffassung des Versicherungsberaters erforderlich sind.
7. zum Einholen von Auskünften jeder Art, der Einsichtnahme bzw. Anforderung von Aktenauszügen ärztlichen Gutachten, Arztberichten oder sonstigen sachdienlicher Unterlagen von allen Ärzten, Zahnärzten, Angehörigen anderer Heilberufe, von Krankenhäusern und Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war, bin oder sein werde sowie von Behörden und Sozialversicherungsträgern.

Die befragten Unternehmen, Stellen und Personen entbinde ich daher ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht. Gleichzeitig willige ich der Datenübermittlung von der befragten Versicherung an Herrn André Salau überein. Ich bin mir bewusst, dass die Datenübermittlung aus Versicherungsverträgen bei der befragten Versicherung insbesondere auch Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten umfasst und sich die hier gegebene Erklärung auch auf diese Daten beziehen.

Ort / Datum / Unterschrift Auftraggeber

Versicherungsberater André Salau
C/O
verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.
Postanschrift: Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

Erstinformation:

Gesetzliche Informationspflicht der Erstinformation gemäß § 15 Abs. 1 VersVermV

André Salau, Versicherungsberater (§ 59(4) VVG)
Tel: 040-54 76 32 79
Beratungsbüro: Kieler Straße 407-415, 22525 Hamburg
Postadresse: Postfach 540226 in 22502 Hamburg
Zulassung als Versicherungsberater mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 2 GewO,
Registernummer: D-ALK3-XI2AC-86 bei der IHK Hamburg, Adolphsplatz 1 in 20457 Hamburg, www.hk24.de
Eingetragen im Vermittlerregister: www.vermittlerregister.info/
DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammer e.V., Breite Straße 29, D-10178 Berlin
Telefon (0 180) 60 05 85 0 (Festnetzpreis 0,20 €/ Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf)
E-Mail: vr@dihk.de

Mitglied im:



Berufshaftpflichtversicherung:

Es besteht eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung bei HDI-Global SE, HDI-Platz 1 in 30659 Hannover für Tätigkeiten als Versicherungsberater. Versicherungsschutz besteht im Bereich der gesamten EU.

Schlichtungsstellen - außergerichtliche Streitbeilegung - Schlichtungsverfahren durch Ombudsleute:

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.: 030 / 20 60 58-0, Fax: 01804/224425
www.versicherungsombudsmann.de
info@versicherungsombudsmann.de

Bei Beratungen zu privaten Krankenversicherungen:

Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin,
Telefon: 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 20 45 89 31
ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
www.pkv-ombudsmann.de

Beteiligungen an / durch Versicherungsunternehmen:

Es liegen **keine** direkten oder indirekten Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens vor. **Kein** Versicherungsunternehmen oder Mutterunternehmen eines Versicherers hält direkte oder indirekte Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital des Beraters.

Es bestehen **keine** Kooperationen / Vertragsverhältnisse mit Versicherungsgesellschaften.