

Partnerbogen für die Zusammenarbeit mit der DAVG Düsseldorf Agentur und Vertriebsgesellschaft mbH

Checkliste für die erforderlichen Unterlagen zur Anbindung an die **vigo** Krankenversicherung VVaG

Folgende Unterlagen sind diesem Partnerbogen von jedem Vermittler/Geschäftsführer/Vorstand/
Mitglied beigefügt:

- ☐ **IHK-Erlaubnis nach § 34d GewO**
(sofern im Vermittlerregister geführt und Versicherungsgeschäft vermittelt wird)
- ☐ **AVAD-Selbstauskunft** - <https://www.avad.de/>
- ☐ **Gewerbeanmeldung in Kopie**

Bei juristischen Personen (auch z. B. GmbH & Co. KG) zusätzlich:

- ☐ **Handelsregister-/Genossenschafts-/Vereinsregistrauszug in Kopie**

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Partnerbogen zusammen mit den
erforderlichen Unterlagen per E-Mail, Fax oder per Post an

@ **E-Mail:** vertrieb@vigo-krankenversicherung.de

☎ **Telefax:** +49 (0)211 355 900 20

📍 **DAVG Düsseldorf Agentur und Vertriebsgesellschaft mbH**
Werdener Str. 4 | 40227 Düsseldorf

Geschäftliche Daten

☐ Herr ☐ Frau ☐ Geschäftsbezeichnung

Firma/Geschäftsbezeichnung		Rechtsform des Unternehmens	
Familienname*		Vorname*	
Geburtsdatum*/Geburtsort*		Staatsangehörigkeit*	
Straße*/Hausnummer*		PLZ*/Ort*	
Telefon*	Mobil	E-Mail-Adresse*	Telefax
Kontoinhaber (Vertragspartner/Juristische Person)*		IBAN*	
Geldinstitut*	BIC*	Steuernummer oder UST-ID*	

IBAN/BIC errechnen www.ckonto.de *Pflichtfelder

Bei Anbindung einer Kapitalgesellschaft/Personengesellschaft (z. B.: AG, GmbH, UG, GmbH & Co. KG, KG, OHG, GbR):

Name: 1. (Inhaber/Geschäftsführer/Vorstand)*	E-Mail-Adresse*	Telefon
☐ einzelvertretungsberechtigt ☐ gesamtvertretungsberechtigt	Anschrift	
Name: 2. (Inhaber/Geschäftsführer/Vorstand)*	E-Mail-Adresse*	Telefon
☐ einzelvertretungsberechtigt ☐ gesamtvertretungsberechtigt	Anschrift	
Name: 3. (Inhaber/Geschäftsführer/Vorstand)*	E-Mail-Adresse*	Telefon
☐ einzelvertretungsberechtigt ☐ gesamtvertretungsberechtigt	Anschrift	

(Bei mehr als 3 vertretungsberechtigten Personen, füllen Sie bitte einen zweiten Partnerbogen aus.) *Pflichtfelder

Weitere auskunftsberechtigte Personen

Die DAVG ist berechtigt, auch den folgenden Personen vollumfängliche Auskunft über die gesamte Geschäftsbeziehung zu erteilen.

☐ Herr ☐ Frau	Familienname*	Vorname*	Telefon*	E-Mail-Adresse*
☐ Herr ☐ Frau	Familienname*	Vorname*	Telefon*	E-Mail-Adresse*
☐ Herr ☐ Frau	Familienname*	Vorname*	Telefon*	E-Mail-Adresse*

*Pflichtfelder

Einwilligungserklärung zur Provisionsabrechnung

Auskünfte zu den Provisionsabrechnungen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich an die hinterlegten Ansprechpartner herausgegeben. Mit Angabe der weiteren Person bestätigen Sie auch, dass diese Person von Ihnen auf den Datenschutz verpflichtet wurde und aus datenschutzrechtlicher Sicht berechtigt ist, über jegliche Daten Ihrer Vermittler-Nummer Auskünfte zu erhalten.

☐ Herr ☐ Frau	 Familiennamen*	 Vorname*	 Telefon*	 E-Mail-Adresse*
☐ Herr ☐ Frau	 Familiennamen*	 Vorname*	 Telefon*	 E-Mail-Adresse*

*Pflichtfelder

Datenschutzbestimmung und Einwilligungserklärung

1. Der Makler erklärt sich mit seiner Unterschrift damit einverstanden, dass die DAVG alle von ihr für die Durchführung dieses Vertrages erhobenen personenbezogenen Daten (insbesondere die Angaben aus der AVAD Auskunft, Nachweise und sämtlicher Schriftverkehr) - soweit dies zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten einschließlich aufsichtsrechtlicher Vorgaben erforderlich ist (insbesondere hinsichtlich der relevanten BaFin-Rundschreiben) - erhebt, speichert und für die Zwecke einer Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch den Makler nach Maßgabe der DSGVO sowie der sonstigen anwendbaren datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet. Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

2. Rolle der DAVG

Die vertriebliche Betreuung und die Abrechnungen werden durch die DAVG durchgeführt. Die **vigo** Krankenversicherung VVaG hat im Rahmen eines Funktionsausgliederungsvertrages nach § 5 VAG alle vertrieblichen Tätigkeiten auf die DAVG übertragen. Die DAVG ist eine 100%-ige Tochtergesellschaft der **vigo** Krankenversicherung VVaG. Die DAVG handelt im Namen und Auftrag der **vigo** Krankenversicherung VVaG.

3. Rolle des Maklers

a. Der Makler stellt sicher, dass sich die angebundenen Vermittler mit dem Auskunftsverfahren über den AVAD-Auskunftsverkehr einverstanden erklären, und holt die AVAD-Auskünfte ein

b. Der Makler stellt den Vermittlern alle Informationen wie z. B. Formulare, Unterlagen und Rechentools, die für die Vermittlung der Produkte der **vigo** Krankenversicherung VVaG notwendig sind, zur Verfügung

c. Der Makler nimmt von den angebundenen Vermittlern Anträge der **vigo** Krankenversicherung VVaG entgegen, prüft diese auf Vollständigkeit und leitet diese an die **vigo** Krankenversicherung VVaG weiter

d. Der Makler übernimmt die Verteilung/Abrechnung der Courtagen der angebundenen Vermittler

4. Gewerberechtliche Anforderungen

Der Makler erklärt sich mit dem Auskunftsverfahren über den AVAD-Auskunftsverkehr einverstanden.

Der Makler hat gegenüber der DAVG auf Verlangen ferner nachzuweisen, dass er alle gewerberechtlichen Anforderungen erfüllt, insbesondere, dass er zuverlässig ist, eine Berufshaftpflichtversicherung in gesetzlich geforderter Höhe und Umfang abgeschlossen hat sowie in geordneten Vermögensverhältnissen lebt.

5. Bestehen gegen Sie oder Ihre Firma irgendwelche negativen Einträge (z. B. in der Schufa, in der AVAD, im Schuldnerverzeichnis, im Führungszeugnis, im Gewerbezentralregister), haben Sie eine eidesstattliche Versicherung abgegeben oder schon einmal Insolvenz angemeldet? *

☐ Ja ☐ Nein

(wenn „ja“, fügen Sie bitte eine ausführliche, schriftliche Stellungnahme zu dem negativen Eintrag bzw. zu den negativen Einträgen bei)

Im Rahmen des Anbindungsprozesses füge ich meine AVAD-Selbstauskunft bei:

☐ Ja ☐ Nein

Erklärungen

Bestätigung der Richtigkeit der gemachten Angaben

Ich versichere (wir versichern), dass meine (unsere) vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Unvollständige oder falsche Angaben berechtigten den Kooperationspartner bzw. die DAVG Düsseldorf Agentur und Vertriebsgesellschaft mbH zur Anfechtung bzw. fristlosen Kündigung der Vertragsbeziehung.

Ort, Datum*

Unterschrift: 1. Vermittler/Vertretungsberechtigte Person*

Ort, Datum*

Unterschrift: 2. Vermittler/Vertretungsberechtigte Person* (sofern vorhanden)

Ort, Datum*

Unterschrift: 3. Vermittler/Vertretungsberechtigte Person* (sofern vorhanden)

*Pflichtfelder