P&P
PERGANDE & PÖTHE GMBH
Versicherungsmakler • Wirtschaftsberatung

Schloßstraße 2-6 • 22041 Hamburg • Tel.: 040/68 28 69-0 • Fax 040/68 28 69-50 • e-mail: kontakt@pundpgmbh.de

Antrag für ADFC •*ASSekuranz* - Versicherungsschutz für ADFC Geschäftsstellen und Infoläden

Antragsteller/in

Anrede ◯ Firma ◯ Herr ◯ Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Ansprechpartner

Telefon

Telefax

E-Mail

Risikoort

◯ Büro / Geschäftsstelle ◯ Infoladen

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gewünschter Versicherungsschutz im Rahmen der ADFC-Sondervereinbarung

☐ **Inhaltsversicherung** mit einer Versicherungssumme von EUR 25.000,00 X

☐ inkl. Betriebsunterbrechungsschäden bis zur Versicherungssumme (+ EUR 72,00)

☐ inkl.Glasbruchschäden (+ EUR 43,20)

☐ **Haftpflichtversicherung**

Mögliche Vertragserweiterungen

☐ Schlüsselschäden als Mieter bis EUR 15.000,00 (+ EUR 30,00)

☐ 2. Risikoort:

☐ Sonstige Erweiterung:

☐ 3. Risikoort:

Vertragsbeginn

Frühestens Eingang bei P&P Pergande & Pöthe GmbH.

Dauer: 1 Jahr mit jährlicher Verlängerung, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer Seite schriftlich gekündigt wird.

Zahlungsweise

◯ jährlich ◯ halbjährlich ◯ vierteljährlich

Ratenzahlungszuschläge: 3% halbjährlich (effektiv 3,0225 %), 5% vierteljährlich (effektiv 5,0945 %). Unterjährige Zahlungsweise ist nur möglich, bei einer Mindestrate von EUR 25,00

Beitrag laut Zahlweise (EUR)

(Alle zuvor genannten Beiträge gelten zuzüglich Ratenzahlungszuschlag und Versicherungssteuer.)

Mandat für wiederkehrende Zahlungen • Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt • Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000127679
Ich/Wir ermächtigen die Firma P&P Pergande & Pöthe GmbH regelmäßig Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der P&P Pergande & Pöthe GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:

IBAN:

BIC:

Name des Kreditinstituts:

Ort:

Unterschrift des Kontoinhabers/in:
(falls abweichend)

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Kontaktaufnahme / Werbung

Um für Sie als Makler tätig werden zu können, müssen wir Daten von Ihnen erfassen, speichern und an Dritte weitergeben. Dies tun wir beispielsweise, wenn wir Ihre Risikosituation erfassen und diese Daten an verschiedene Versicherer weitergeben, um für Sie passende Angebote zu erhalten. Hierzu nutzen wir auch sogenannte Maklerdienstleister.

Oft ist es auch erforderlich, dass wir Sie betreffende Daten von Dritten anfordern. In erster Linie sind dies Versicherer, aber auch Daten von Ärzten, Steuerberatern oder Rechtsanwälten und Auskunfteien können beispielsweise erforderlich sein.

Im Rahmen der gegebenen Vollmacht werden wir auch den jeweiligen Datenschutzbestimmungen von Dritten in Ihrem Namen zustimmen. Gesundheitsdaten werden ausschließlich erhoben, soweit es für die Vermittlung von Lebens-, Kranken oder Unfallversicherungen (Personenversicherungen) erforderlich ist, bzw. bei der Abwicklung von Leistungs- und Schadenfällen.
Sie können diese Einwilligungen jeweils einzeln erteilen und ***jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen***.
Beachten Sie bitte, dass wir dann ggfs. nicht mehr für sie tätig sein können.

Weiterreichende Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzrichtlinie mit Geschäftspartnerliste.

Einwilligung zur Erfassung und Anforderung von Daten
Sie willigen ein, dass wir Daten – auch Gesundheitsdaten* – von Ihnen erheben und von Dritten anfordern. Sofern wir Gesundheitsdaten von Ärzten anfordern, werden wir Sie zuvor darüber informieren.
Im Rahmen der erteilten Maklervollmacht können wir in Ihrem Namen den Einwilligungserklärungen von Dritten zustimmen, beispielsweise eines Versicherers, der vor Vertragsschluss eine Bonitätsanfrage oder eine Vorversichereranfrage durchführt.

Einwilligung zur Speicherung von Daten
Sie willigen ein, dass wir die erfassten und angeforderten Daten im erforderlichen Umfang speichern und verarbeiten bzw. von berechtigten Dritten speichern und verarbeiten lassen.

Einwilligung zur Weitergabe von Daten
Sie willigen ein, dass wir Daten – auch Gesundheitsdaten* – im erforderlichen Rahmen unserer Maklertätigkeit an Dritte weitergeben. Dritte sind hier beispielsweise Versicherer, Maklerdienstleister, Werkstätten, Gutachter oder sonstige Dienstleister. Eine Übersicht potenzieller Empfänger können Sie der Geschäftspartnerübersicht entnehmen. Auf Anfrage erhalten Sie selbstverständlich auch Auskunft, an wen tatsächlich Sie betreffende Daten von uns übermittelt wurden.
Bei Betriebsübergabe oder Bestandsverkauf setzen wir Sie in Kenntnis über den Rechtsnachfolger und räumen Ihnen eine Frist von 4 Wochen für den Widerspruch ein. Verstreicht die Frist ohne Widerspruch, so sind Sie mit der Weitergabe Ihrer Daten zur Erhaltung der Beratungsleistung einverstanden.
Sie willigen ferner ein, dass wir Ihrem Ehe-/Lebenspartner*, Kind(ern)*, Eltern* und mitversicherten Personen* auf deren Anfrage hin Auskunft erteilen.

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und gegebenenfalls Löschung der gespeicherten Daten
Für die Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Maklervertrages ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Wenn Sie soweit zulässig von Ihrem Recht auf Löschung der Daten Gebrauch machen oder auf die Einschränkung der Verarbeitung bestehen, endet regelmäßig der Maklervertrag.

Einwilligung zur Kontaktaufnahme / Werbung
Kundeninformation und Werbung lassen sich nicht voneinander trennen. Wenn wir Sie beispielsweise auf den besseren Schutz eines neuen Versicherungstarifs hinweisen möchten, wird dies als Werbung verstanden. Deshalb benötigen wir Ihr Einverständnis um unsere Tätigkeit ausüben zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich zu Werbezwecken telefonisch, elektronisch (z.B. Fax, Email, SMS, Messenger) oder schriftlich (z.B. Brief) kontaktieren, dies gilt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses (z.B. zur Kundenrückgewinnung).

*Die Einwilligung zu den mit Sternchen (*) gekennzeichneten Sätzen ist – mit Ausnahme von Gesundheitsdaten bei der Vermittlung von Personenversicherungen – nicht zwingend erforderlich und kann gestrichen werden.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers/in: _____

Der/die Antragsteller/in wünscht ausdrücklich eine ADFC-ASSekuranz (Haftplflicht oder Inhalt) und verzichtet auf eine Dokumentation, bzw. insbesondere auf eine weitergehende Beratung zu anderen Versicherungen. **Bitte senden Sie den Antrag an:**

P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg, Telefax 040 / 68 28 69-50, e-mail: kontakt@pundpgmbh.de