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

P&P
PERGANDE & PÖTHE GMBH
Versicherungsmakler • Wirtschaftsberatung

Änderungsantrag zur Foto • ASSekuranz Nr. _____ **Name:** _____

☐ **Änderung der Adressdaten**

Anrede ◯ Firma ◯ Herr ◯ Frau

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

◯ Ja ◯ Nein

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

☐ **Änderung auf Pauschalversicherung**

Tarif	Versicherungssumme	Selbstbeteilung	Prämie inkl. Steuer	Bitte ankreuzen
Tarif 1	5.000 EUR	50,00 EUR	163,63 EUR	◯
Tarif 2	5.000 EUR	250,00 EUR	119,00 EUR	◯
Tarif 3	10.000 EUR	50,00 EUR	327,25 EUR	◯
Tarif 4	10.000 EUR	250,00 EUR	238,00 EUR	◯

☐ **Neue Gegenstände** (bitte einzeln ausfüllen und Kopien der Kaufbelege beifügen):

Gegenstand	Hersteller	Typbezeichnung	Serien-Nr.	Neuwert (VS) EUR

Gesamtversicherungssumme (EUR) _____

☐ **Auszuschließende Gegenstände**

Pos.Nr.	Gegenstand	Wert

Pos.Nr.	Gegenstand	Wert

Gesamtversicherungssumme (EUR) _____

☐ **Änderung der Prämie und Selbstbeteiligung**

◯ 3,00 % der Versicherungssumme (Selbstbeteiligung je Schadenfall: EUR 0,00)
◯ 2,75 % der Versicherungssumme (Selbstbeteiligung je Schadenfall: EUR 50,00)
◯ 2,0 % der Versicherungssumme (Selbstbeteiligung je Schadenfall: EUR 250,00)

☐ **Mitversicherung von Mietgeräten auf erstes Risiko**
(Prämie: EUR 125,00 für EUR 5.000,00 Versicherungssumme)

☐ **Änderung des SEPA-Mandats** (Zahlung per Rechnung nicht möglich)

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)

P&P
PERGANDE & PÖTHE GMBH
Versicherungsmakler • Wirtschaftsberatung

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 FOTO Assekuranz 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: info@foto-ass.de

Auf Empfehlung von _____