

## KOOPERATIONSFRAGEBOGEN – VERSICHERUNGSVERMITTLER

<b>1. NAME</b>			
Name:		Geb.Dat./FN-Nr.:	
PLZ/Ort, Adresse			
Telefon:	Fax:	Email:	
<b><u>Ansprechperson für die Kooperation:</u></b>			
Name:		Funktion:	Email:
<b>2. AUFRECHTE GEWERBEBERECHTIGUNGEN/TÄTIGKEITEN (BITTE ANKREUZEN)</b>			
<input type="checkbox"/> Versicherungsmakler		<input type="checkbox"/> Versicherungsagent	
<b>3. ANGABEN ZU MITARBEITERN</b>			
Angestellte Mitarbeiter	Freiberufliche Mitarbeiter	davon Berater/Vermittler	Aufrechte Berufshaftpflichtversicherung bei
<b>4. FRAGEN ZUR BERATUNGSDOKUMENTATION</b>			
Erfolgt eine angemessene Dokumentation jeder von Ihnen durchgeführten Beratung bzw. Versicherungsvermittlung?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewahren Sie Abschriften/Originale von erstellten Unterlagen für Kundenberatungen mindestens 7 Jahre auf?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Werden von Ihnen die für Versicherungsvermittler bestimmten Bestimmungen gemäß Kapitel V, Informationspflichten und Wohlverhaltensregeln, Artikel 17 bis 25 der RL 2016/97 (IDD) eingehalten?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>5. SOFERN EINE DER FOLGENDEN FRAGEN MIT JA BEANTWORTET WURDE, BITTE DAZU UM AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN</b>			
Wurde Ihrem Unternehmen innerhalb der letzten 12 Monate die Gewerbeberechtigungen/Konzession entzogen oder ausgesetzt?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde Ihrem Unternehmen jemals eine Kooperations-/Courtagevereinbarung mit einem Versicherer gekündigt?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurden jemals irgendwelche Schadenersatzansprüche gegen Ihr Unternehmen oder Ihren Vorgänger im Geschäft oder jedweden derzeitigen oder vorherigen Mitarbeiter geltend gemacht?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie oder jeglicher Mitarbeiter, nach Überprüfung, sich über irgendwelche Umstände bewusst, die gegen Ihr Unternehmen oder Ihren Vorgänger im Geschäft oder jedweden derzeitigen Mitarbeiter einen Schadenfall auslösen können?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt/Gab es Verwaltungs(straf)verfahren im Zusammenhang mit der Versicherungsvermittlung gegenüber dem Unternehmen oder Geschäftsvorgänger oder derzeitigen bzw. früheren Mitarbeiter während der letzten 5 Jahre?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gibt/Gab es Gründe für eine Insolvenz gem. §§ 66 und/oder 67 IO (Zahlungsunfähigkeit/Überschuldung) während der letzten 5 Jahre?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Details zu Fragen, die mit JA beantwortet wurden</b> - Falls der Platz nicht ausreichend ist, vermerken Sie "siehe Beilage" und antworten Sie auf einem separaten Beiblatt:			
<b>6. BITTE ÜBERMITTELN SIE UNS FOLGENDE UNTERLAGEN ALS BEILAGE</b>			
Gewerbeberechtigung(en)		Aktueller Firmenbauchauszug	
Kopie der Police Ihrer Berufshaftpflichtversicherung		(sofern das Unternehmen im Firmenbuch eingetragen ist)	
<b>7. SCHLUSSERKLÄRUNG(EN)</b>			
<p>Ich/Wir bestätigen hiermit, dass nach meinem/unserem besten Wissen und Gewissen die Angaben und Einzelheiten die oben gemacht wurden richtig sind und dass Ich/Wir keinerlei erheblichen Umstände ausgelassen oder falsch dargestellt haben. Ich/wir werde/werden die Höher Insurance Services GmbH über alle rechtserheblichen Änderungen dieser Tatsachen, die sich vor der Fertigstellung des Kooperationsvereinbarung ergeben sollten, informieren. Ich/Wir stimme/stimmen der Weitergabe von personenbezogenen Daten an Stellen außerhalb der Europäischen Union zu. Ich/Wir stimme/stimmen der Abfrage unserer Bonität bei entsprechenden Auskunfteien (wie zB KSV usw.) und der Einholung von Informationen über unser Unternehmen zu. Ich/Wir nehme/nehmen zur Kenntnis, dass mit dem Absenden des Fragebogens keinerlei Kooperation mit der Höher Insurance Services GmbH zustande kommt und dieser lediglich zur Abklärung einer möglichen Kooperationsvereinbarung dient. Den Fragebogen bitte signiert und datiert per Fax (+43 2622 269 02-40) oder E-Mail (office@hoeher.info) an Höher Insurance Services GmbH übermitteln.</p>			

V\_KOOP\_2019\_03

Datum:

Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_