



**Vermittlungs-  
auftrag**

Mit dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages ist dieser Vermittlungsauftrag abgeschlossen. Eine Betreuung wird nur in dieser Versicherungs-angelegenheit gewünscht, auf die Erstellung eines Beratungsprotokolls wird ausdrücklich verzichtet. Eine weitere Beratung und Betreuung in anderen Versicherungsangelegenheiten ist nicht gewünscht, es sei denn, es wird schriftlich etwas anderes vereinbart.

Die Haftung des Versicherungsmaklers ist für den einzelnen Schadenfall auf die jeweils geltende gesetzliche Mindestversicherungssumme (derzeit 1,23 Mio. Euro) begrenzt, soweit der Schaden nicht auf einer Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit oder auf einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung beruht. Dies gilt nicht für Verletzungen von Beratungs- und Dokumentationspflichten.

Die Leistungen des Versicherungsmaklers werden durch die Courtagezahlung der jeweiligen Versicherungsgesellschaft abgegolten; sie ist Bestandteil der Versicherungsprämie.

Die nachfolgend abgedruckte Datenschutzklausel und die ergänzenden Mitteilungen sind Bestandteil dieses Vertrages. Mit der nachstehenden Unterschrift bestätigt der Auftraggeber die Kenntnisnahme der ergänzenden Mitteilungen.

Hiermit beauftragen wir die Oleff & Oleff GmbH, Versicherungsmakler, mit der Besorgung von Versicherungsschutz ausschließlich für den vorab beschriebenen Rahmenvertrag:

**Unterschrift  
Vor- und  
Nachname**

Ort, Datum	Vereinsstempel & Unterschrift
Antragsteller	

**Einwilligung  
nach dem  
Bundesdaten-  
schutzgesetz**

Der Auftraggeber willigt ausdrücklich ein, dass der Versicherungsmakler personen- und sachbezogene Daten (einschließlich Daten besonderer Art, wie etwa Gesundheitsdaten) zur Auftragserfüllung – insbesondere auch auf elektronischem Wege – erhebt, speichert und verwendet. Der Auftraggeber willigt damit auch ein, dass der Versicherungsmakler im erforderlichen Umfang diese Daten, die für Deckungsanfragen bzw. Versicherungsanträge oder Vertragsdurchführungen (Abwicklung, Beiträge, Versicherungsfälle, Vertragsänderungen) notwendig sind, an Versicherungsgesellschaften, technische Dienstleister, Servicegesellschaften und sonstige Dienstleister übermitteln, empfangen und speichern darf.

Der Auftraggeber willigt ferner ein, dass diese Daten im erforderlichen Umfang von Versicherungsgesellschaften an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an Konzerngesellschaften der Versicherungsgesellschaften, an andere Versicherungsgesellschaften und an ihren Verband übermittelt werden. Er willigt hierüber hinaus ein, dass diese Versicherungsgesellschaften, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den Versicherungsmakler weitergeben. Hierüber hinaus willigt er ein, dass sie diese Daten mit Wirtschaftsauskunfteien und dem Hinweis- und Informationssystem der deutschen Versicherungswirtschaft (HIS) austauschen.

Der Auftraggeber erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, dass seine oben genannten personen- und sachbezogenen Daten im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses im Falle der Bestandsübertragung vom Versicherungsmakler an den übernehmenden Versicherungsmakler (Rechtsnachfolger) oder im Falle, dass Beratungs- oder Verwaltungsarbeit an einen externen Dienstleister vergeben wird, an diesen Dienstleister gemäß den Bestimmungen des BDSG übermittelt werden dürfen, soweit nicht bereits andere gesetzliche Regelungen die Datenübermittlung legitimieren.

**Unterschrift  
Vor- und  
Nachname**

Ort, Datum	Vereinsstempel & Unterschrift
Antragsteller	

**Empfangs-  
bestätigung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (falls nicht zutreffend, bitte streichen):

- Merkblatt für den Rahmenvertrag
- Versicherteninformation
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den beantragten Versicherungsschutz

**Unterschrift  
Vor- und  
Nachname**

Ort, Datum	Vereinsstempel & Unterschrift
Antragsteller	

**Pflicht-  
informationen  
nach  
§ 11 VersVermV**

Oleff & Oleff GmbH  
In der Kaule 2  
52393 Hürtgenwald

Eingetragen als Versicherungsmakler.  
Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 der GewO

Gemeinsame Registerstelle:  
Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.  
Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel.: 0180 6 00 5850 \*  
Internet: [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info)  
Register Nr.: D-P2UC-W2LFM-86

Schlichtungs- und Beschwerdestelle  
Versicherungsombudsmann e.V.  
Kronenstraße 13, 10117 Berlin  
Telefon: 0180 4 224424 \*\*    Telefax: 0180 4 224425  
\*\* [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Ombudsmann für die private Kranken- und  
Pflegeversicherung Kronenstr. 13, 10117 Berlin  
Telefon: 0180 2 550444 \*\*\*    Telefax: 030-20458931  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)



\* 0,20 €/Anruf aus dem dt. Festnetz; Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf  
 \*\* 0,20 €/Anruf aus dem dt. Festnetz mit abw. Preisen aus Mobilfunknetzen  
 \*\*\* 0,06 €/Anruf aus dem dt. Festnetz mit abw. Preisen aus Mobilfunknetzen

<input type="checkbox"/> zum Antrag	vom	<small>Datum</small> 20	
<input type="checkbox"/> zum Vertrag	ARAG Vertrags-Nr.:	Mandatsreferenz-Nr.:	<small>Wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt</small>
<b>Kontoinhaber</b> <small>Mandatsgeber</small>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Name, Vorname, Titel, Firma	Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma
		Straße, Hausnummer	
		PLZ	Ort

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**  
 Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiere mich (uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“).

<b>Kreditinstitut</b> <small>kein Sparkonto</small>	Name
	IBAN
	BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)

**Zahlungsempfänger:** ARAG Allgemeine Versicherungs-AG  
 ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ0000007503

<b>Unterschrift</b> <small>Kontoinhaber/ Bevollmächtigter</small>	<small>Ort, Datum</small>	Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter
--	---------------------------	--