

Selbstauskunft Versicherungsagent §§ 43 ff VersVG (bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben)

Allgemeine Angaben zum Vertriebspartner

Firma		Versicherungsvermittlerregister des BMWFJ Registernummer	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Bankinstitut		BLZ	Kontonummer
Gründungsdatum	Firmenbuchnummer		Ort der Firmenbucheintragung
Steuernummer	Telefon		Inhaber/Geschäftsführer (ergänzende Angaben siehe unten)
E-Mail	Fax		
	Website		

Persönliche Daten und Auskünfte

Bei GmbH: alle Geschäftsführer, bei GmbH & Co.KG: alle Komplementäre und deren Geschäftsführer, bei AG: alle Vorstände, bei GesbR alle Gesellschafter/Geschäftsführer, bei KG: alle Komplementäre, bei OG: alle Geschäftsführer

Bei Bedarf können die persönlichen Daten der Gesellschafter der vorgenannten Unternehmen notwendig sein

*** falls der Platz nicht ausreicht bitte auf gesonderten Blatt ausfüllen**

	Person 1	Person 2	Person 3
Name			
Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Strasse, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Tätig seit			
Berufliche Ausbildung			

	Person 1	Person 2	Person 3
Halten Sie eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10vH an den Stimmrechten oder am Kapital eines bestimmten Versicherungsunternehmens?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat ein bestimmtes Versicherungsunternehmen oder dessen Mutterunternehmen an Ihrem Unternehmen eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH der Stimmrechte oder am Kapital?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird gegen Sie Exekution zur Sicherstellung geführt bzw. liegen Exekutionsbewilligungen oder sonstige vollstreckbare Titel gegen Sie vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Vermögensverzeichnis abgegeben oder wurden Sie dazu aufgefordert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist gegen Sie ein Finanzstrafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie oder Ihr Ehepartner bei einem Unternehmen in der Finanzdienstleistung beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Für die Zusammenarbeit benötigen wir von den Inhaber / Geschäftsführern folgende Anbindungsunterlagen :

Art der Unterlage	Beigefügt	wird nachgereicht
1) Firmenbuchauszug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Gewerbeanmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Gewerbeberechtigung nach § 94 Z 76 GewO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Blankobogen Geschäftspapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Muster Maklervertrag / Muster Beratungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)Muster „Visitenkarte“ nach EU Vermittlerrichtlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Liste aller Untervermittler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin Mitglied bei einem Pool/Vermittlerorganisation:

--

Datenschutzerklärung

Ich/wir willige(n) ein, dass Standard Life alle erforderlichen Auskünfte über mich/uns und ggf. über Unternehmen einholt, an denen ich/wir beteiligt sind oder ich/wir die Geschäftsführung inne haben.

Datenschutz: Ich/wir ermächtigen Standard Life die im Zusammenhang mit diesem Selbstauskunftsbogen und ggf. dem weiteren Geschäftsverhältnis stehenden Daten zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten.

Die Standard Life wird sämtliche Daten vertraulich behandeln und nicht an unbefugte Dritte weiterleiten.

Ich versichere/wir versichern, dass meine/unsere vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden.

Datum	Ort	Unterschrift/ggf. Firmenstempel

