

Verzicht auf Beratung und/oder Dokumentation der Beratung für Kooperationspartner

Bitte zusammen mit jedem Antrag einreichen.
Der Verzicht ist für jedes Produkt einzeln zu erklären.

VR 017 DMS 01019

Antragsteller/Beitretender* Herr Frau Firma

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Zuname, Firmenname, Firmenvertreter*	Geburtsdatum	Kundennummer (soweit vorhanden)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Firmensitz		Versicherungs-Nr. (soweit vorhanden)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Weitere anwesende Gesprächspartner		Antrag vom*

Vertriebspartner*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Zuname	Vermittlerkennzeichen

Datum des Gesprächs* Neukunde Bestandskunde

Anlass des Gesprächs* Wunsch des Kunden Regelbesuch Sonstiges

Kunde wünscht den Abschluss folgender Versicherung*

- Krankheitskostenvollversicherung/Pflegeversicherung bKV Pflegeergänzungs-, Kurkostentarife, Serviceprodukte
- Ergänzungsversicherungen (ambulant/stationär/Zahn) Krankenhaustagegeld Krankentagegeld Auslandsreisenschutz
- nach Tarif/Produkt

Verzicht auf Beratung oder Dokumentation der Beratung

Ich wurde zu Beginn des Gesprächs darüber informiert, dass ich auf eine Beratung und/oder die Dokumentation der Beratung verzichten kann. Von diesem Verzicht habe ich in der folgenden Form Gebrauch gemacht:

Ich verzichte auf* die Beratung die Dokumentation der Beratung

Begründung des Verzichts*

Ich weiß, dass sich ein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer einen Schadensersatzanspruch aufgrund unterlassener oder fehlerhafter Beratung geltend zu machen. Ggf. kann ein Schadensersatzanspruch durch den Verzicht vollständig ausgeschlossen sein.

Empfangsbestätigung und Unterschrift Antragsteller/Beitretender:*

Folgende Unterlagen habe ich erhalten:

- Durchschrift dieses Formulars
- Visitenkarte/Erstkontaktinformation/Information zur Versicherungsvermittlung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift mit Vor- und Zunamen

Unterschrift Vertriebspartner

Unterschrift mit Vor- und Zunamen

* Pflichtfelder