

## **Pflichtinformationen für den Versicherungsnehmer**

nach § 42 b Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) i. V. m. § 11 Versicherungsvermittlungsverordnung

Gemäß gesetzlichen Vorgaben und im Sinne der Transparenz stelle ich Ihnen bei dem ersten Geschäftskontakt alle unternehmensrelevanten Informationen, Informationen zur Schlichtungsstelle und weitere Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

**Unternehmen:**

**Elke Künne**

**KÜNNE**  
*Das Wissen entscheidet.*

*staatlich anerkannte Sozialversicherungsfachangestellte*

*analytische beratung/coaching*

Hengstenberger Str. 37, 32139 Spenge

+49 5207/8899788 fon

+49 5207/8899789 fon

+49 175/9339222 mobil

**Internetauftritt:**

[www.kuenne-team.de](http://www.kuenne-team.de)

**E-Mail:**

[ek@kuenne-team.de](mailto:ek@kuenne-team.de)

**Steuer Nr.:**

324/5090/3244

**Aufsichtsbehörde:**

Industrie- u. Handelskammer Ostwestfalen

Elsa-Brändström-Str. 1-3, 33602 Bielefeld

[www.ostwestfalen.ihk.de](http://www.ostwestfalen.ihk.de)

**D-GGDK-8K7TR-93** ([www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info))

**Statusinformationen:**  
(§ 11 VersVermV.)

elke künne ist im Vermittlerregister als

Versicherungsmaklerin mit einer Erlaubnis nach §34d Abs. 1

der Gewerbeordnung eingetragen.

**Tätigkeitsart:**

Versicherungsfachfrau BWV, Versicherungsmaklerin gem. § 34 d Abs. 1  
GewO

**Beratung und Vergütung:**

Elke Künne bietet im Zuge der Vermittlung eine Beratung gemäß den gesetzlichen Vorgaben an und erhält für die erfolgreiche Vermittlung eines Versicherungsvertrages eine Provision vom Produktanbieter. Weitere Vergütungen für eine Beratung mit der Vermittlungsabsicht werden im Einzelfall gesondert vereinbart und werden mit einer Honorarnote abgerechnet, sofern Sie dieser zustimmen.

**Beschwerdestelle:**

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Ombudsmann für die private Kranken- u. Pflegeversicherung

Kronenstr. 13, 10117 Berlin

[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

*Hiermit wird der Erhalt und die Kenntnisnahme der Pflichtinformationen gem. Versicherungsvermittlungsverordnung bestätigt.*

Name:

\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des Empfängers:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift