

## 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

Bielefelder Straße 11, 33378 Rheda-Wiedenbrück  
+49 5242 9643 950 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