

Datenerhebungsblatt für KOOPERATIONSPARTNER der s Versicherung

für die Produkte Pflegeversicherung BASIS, PLUS bzw. DELUXE

Daten einer natürlichen Person	Daten eines Unternehmens
Name	Firmenwortlaut
Straße/Hausnr.	Straße/Hausnr.
PLZ/Ort	PLZ/Ort
E-Mail	E-Mail
Telefon Nr.	Telefon Nr.
SV-Nr., Geburtsdatum	FA-Nummer, Steuernummer, Firmenbuchnummer

GISA-Zahl: _____
(Ein aktueller Auszug aus dem Versicherungsvermittlerregister ist der s Versicherung zu übermitteln.)

Agent

Mehrfachagent

Makler

Ich habe Interesse an der Aufnahme als Kooperationspartner der s Versicherung für die Produkte Pflegeversicherung BASIS, PLUS bzw. DELUXE.

Sobald der erste Antrag auf Abschluss einer Pflegeversicherung BASIS, PLUS oder DELUXE von mir als Vermittler bei der s Versicherung einlangt, wird mir ein Kooperationsvertrag zugesendet, den ich unterfertigt an die s Versicherung übermittle. Die Entscheidung über die Aufnahme als Kooperationspartner liegt bei der s Versicherung.

Ort, Datum

Unterschrift/firmenmäßige Unterfertigung