

Versicherungsberater André Salau  
C/O  
verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.  
Büro: Kieler Straße 407-415 • 22525 Hamburg  
Postanschrift: Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

## AUFTRAG

Hiermit beauftrage(n) ich / wir Herrn Versicherungsberater André Salau C/O verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v. für mich / uns folgende Tätigkeiten auszuführen:

Beratungsumfang:

--

Auftraggeber Name / Vorname / Straße / PLZ / Ort		
Sonstiges		Beruf
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail

Die Honorierung des Versicherungsberaters erfolgt gemäß der beiliegenden Vergütungsvereinbarung.

Für diesen Auftrag gilt die Vergütungsvereinbarung vom \_\_\_\_\_ (Siehe Anlage)

Die Informationen gemäß § 11 Abs. 1 VersVermV wurden übergeben.

### **Beginn und Ende des Auftrags**

Der Auftrag kommt erst nach Gegenzeichnung des Versicherungsberaters André Salau und Aushändigung zustande.  
Der Auftrag endet mit der Übersendung der Schlussrechnung, soweit keine anderen Vereinbarungen getroffen wurde.

### **Widerrufsbelehrung**

- **Widerrufsrecht:**

Sie können diesen Auftrag innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform per Brief, Telefax oder E-Mail (mit Lesebestätigung) widerrufen. Die Frist beginnt mit Auftragsannahme und Erhalt dieser Belehrung.

- **Widerrufsfrist:**

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Versicherungsberater André Salau, Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

- **Absprachen:**

Das Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Versicherungsberater mit der Ausführung der Dienstleistung mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung vor Ende der Widerrufsfrist begonnen hat oder Sie diese selbst veranlasst haben.

Mit der Mandatsbearbeitung soll vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist begonnen werden. Mir ist bekannt, dass das Widerrufsrecht mit der früheren Mandatsbearbeitung erlischt.

Eine Kopie dieses Auftrags habe erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift Auftraggeber  
(Auftragserteilung)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift Versicherungsberater  
(Auftragsannahme)

Versicherungsberater André Salau  
C/O  
verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.  
Büro: Kieler Straße 407-415 • 22525 Hamburg  
Postanschrift: Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

## Vergütungsvereinbarung

Auftraggeber Name / Vorname / Straße / PLZ / Ort		
Sonstiges		Beruf
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail

und Versicherungsberater André Salau (Auftragnehmer)

Wird nachfolgende Vergütungsvereinbarung geschlossen:

1. **Allgemeines:** Grundlage dieser Vergütungsvereinbarung ist der Beratungsauftrag vom \_\_\_\_\_
2. **Rechtsgrundlage:** Der Auftragnehmer wird im Rahmen eines Dienstvertrages gemäß §§ 611 ff BGB tätig. Die Vergütung erfolgt zeitabhängig auf Basis der Stundensätze in Anlehnung an § 4 (2) Rechtsanwaltsvergütungsgesetz.
3. **Stundensatz:** Die Beratungsleistung erfolgt zu einem Stundensatz in Höhe von netto € 90,- zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer (z.Zt. 19%), insgesamt Brutto € 107,10 inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer. Die erfassten Zeiten werden auf volle 10 Minuten aufgerundet.
4. **Ersatz von Auslagen:** Neben den jeweiligen Gebühren kann der Ersatz folgender Auslagen in Rechnung gestellt werden
  - Fotokopien und Abschriften, je Seite 0,50 € (zzgl. 19% MwSt.= 0,60 € inkl. MwSt.)
  - Überlassung von elektronischen Dateien 3,50 € (zzgl. 19% MwSt. = 4,17 € inkl. MwSt.)
  - Geschäftsreisen: Fahrtkosten 0,50 € je Kilometer (zzgl. 19% MwSt.= 0,60 € inkl. MwSt.) zzgl. barer Auslagen oder Reisekosten in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz (z.B. Bahnfahrt 2.Klasse)
  - Übernachtungskosten pro Tag pauschal 100 € (zzgl. 19% MwSt.= 119,-€ inkl. MwSt.)
  - Post- und Telekommunikationsdienstleistungen ( W 7002) in Höhe von 20,-€ (zzgl. 19% MwSt. = 23,80 € inkl. MwSt.) pauschal.
5. **Abschlagszahlung:** Der Versicherungsberater ist berechtigt, Abschlagszahlungen zu verlangen.
6. **Kostentragung:** Dem Auftraggeber ist bekannt, dass die Vergütungsvereinbarung von der gesetzlichen Gebührentabelle abweicht und ein eventueller Erstattungsanspruch durch Dritte auf die gesetzlichen Gebühren begrenzt ist. Bei Unwirksamkeit der Vereinbarung soll die gesetzliche Gebühr gelten.
7. **Fälligkeit der Zahlung:** Das Honorar und der Ersatz von Auslagen sind nach der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig.
8. **Aufstellung:** Mit der Rechnung erhält der Auftragnehmer eine detaillierte Aufschlüsselung des Tätigkeitsumfangs mit Zeitaufwand.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift Auftraggeber

Versicherungsberater André Salau  
C/O  
verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.  
Büro: Kieler Straße 407-415 • 22525 Hamburg  
Postanschrift: Postfach 54 02 26 • 22502 Hamburg

## Erstinformation:

---

### Gesetzliche Informationspflicht der Erstinformation gemäß § 15 Abs. 1 VersVermV

André Salau, Versicherungsberater (§ 59(4) VVG)  
Tel: 040-54 76 32 79  
Beratungsbüro: Kieler Straße 407-415, 22525 Hamburg  
Postadresse: Postfach 540226 in 22502 Hamburg  
Zulassung als Versicherungsberater mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 2 GewO,  
Registernummer: D-ALK3-XI2AC-86 bei der IHK Hamburg, Adolphsplatz 1 in 20457 Hamburg, [www.hk24.de](http://www.hk24.de)  
Eingetragen im Vermittlerregister: [www.vermittlerregister.info/](http://www.vermittlerregister.info/)  
DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V., Breite Straße 29, D-10178 Berlin  
Telefon (0 180) 60 05 85 0 (Festnetzpreis 0,20 €/ Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf)  
E-Mail: [vr@dihk.de](mailto:vr@dihk.de)

Mitglied im:



### **Berufshaftpflichtversicherung:**

Es besteht eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung bei HDI-Global SE, HDI-Platz 1 in 30659 Hannover für Tätigkeiten als Versicherungsberater. Versicherungsschutz besteht im Bereich der gesamten EU.

### **Schlichtungsstellen - außergerichtliche Streitbeilegung - Schlichtungsverfahren durch Ombudsleute:**

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.: 030 / 20 60 58-0, Fax: 01804/224425  
[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)  
[info@versicherungsombudsmann.de](mailto:info@versicherungsombudsmann.de)

### **Bei Beratungen zu privaten Krankenversicherungen:**

Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin,  
Telefon: 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)  
Telefax: 030 20 45 89 31  
[ombudsmann@pkv-ombudsmann.de](mailto:ombudsmann@pkv-ombudsmann.de)  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

### **Beteiligungen an / durch Versicherungsunternehmen:**

Es liegen **keine** direkten oder indirekten Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens vor. **Kein** Versicherungsunternehmen oder Mutterunternehmen eines Versicherers hält direkte oder indirekte Beteiligungen an den Stimmrechten oder am Kapital des Beraters.

Es bestehen **keine** Kooperationen / Vertragsverhältnisse mit Versicherungsgesellschaften.  
Es wird **keine** Vermittlung von Versicherungen durchgeführt.