

Absender / Antragsteller: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Industrie- und Handelskammer Siegen  
Geschäftsstelle Olpe  
Seminarstr. 36  
57462 Olpe

### Nachweis vertretungsberechtigter Aufsichtspersonen nach § 34d Abs. 2 Nr. 4 Gewerbeordnung

**Angaben zum/zur Antragsteller/in:**

Name, Vorname(n), ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Registrierungsnummer:  
(soweit schon vorhanden) \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich**, dass der Antragsteller folgende natürliche Person/en beschäftigt, die mit der Aufsicht über die unmittelbar mit der Vermittlung von Versicherungen befassten Personen betraut ist/sind und die den Antragsteller vertreten darf/dürfen:

1. Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Funktion im Unternehmen: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Funktion im Unternehmen: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Funktion im Unternehmen: \_\_\_\_\_

4.. Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Funktion im Unternehmen: \_\_\_\_\_

Für die genannten Personen lege ich jeweils vor:

- den Sachkundenachweis für Versicherungsvermittler durch Vorlage der Bescheinigung/eines geeigneten Nachweises
  - der erfolgreich abgelegten Sachkundeprüfung oder
  - einer gleichgestellten Berufsqualifikation gemäß §§ 4, 19 der VersVermV oder
  - einer Befreiung von der Sachkundeprüfung gemäß § 1 Abs. 4 der VersVermV (seit dem 31.08.2000 ununterbrochen als Versicherungsvermittler tätig)
- Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung aller oben genannten Arbeitnehmer (Anlage)
- Nachweis der Vertretungsberechtigung (Handels-, Genossenschafts- oder Vereinsregisterauszug bzw. Vollmacht). Falls sich die Gesellschaft in Gründung befindet, bitte den Gesellschaftsvertrag vorlegen.
- Kopie des Angestelltenvertrages oder Sozialversicherungsnachweis

Die oben genannten vertretungsberechtigten Aufsichtspersonen betreuen \_\_\_\_\_ Angestellte, die beim Antragsteller unmittelbar mit der Vermittlung von Versicherungen befasst sind.

**Beachten Sie bitte:**

**Bei Ausscheiden einer der angeführten Personen ist der Antragsteller verpflichtet, unverzüglich die zuständige Industrie- und Handelskammer zu informieren und eine neue vertretungsberechtigte Aufsichtsperson zu benennen. Dasselbe gilt, wenn sich die Anzahl der beim Antragsteller unmittelbar mit der Vermittlung von Versicherungen befassten Angestellten wesentlich erhöht.**

**Hinweis:**

In der Regel ist ein Verhältnis 1:50 zwischen vertretungsberechtigter Aufsichtsperson und den unmittelbar mit der Vermittlung von Versicherungen befassten Angestellten ausreichend!

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragsteller/in;  
bei juristischen Personen der gesetzliche Vertreter

**Anlage zum Nachweis vertretungsberechtigter Aufsichtspersonen  
nach § 34 d Abs. 2 Nr. 4 Gewerbeordnung**

**Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung des Arbeitnehmers  
(von jedem benannten Arbeitnehmer gesondert auszufüllen)**

**Hiermit erkläre ich** (Arbeitnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

mein Einverständnis, dass mich mein Arbeitgeber als natürliche Person benennen darf, der die Aufsicht über die unmittelbar mit der Vermittlung von Versicherungen befassten Personen übertragen ist.

Ich ermächtige meinen Arbeitgeber dazu, meine oben stehenden persönlichen Daten (Name, Vorname und Geburtsdatum) schriftlich und in elektronischer Form an die Erlaubnisbehörde, die

**Industrie- und Handelskammer Siegen  
Geschäftsstelle Olpe  
Seminarstr. 36  
57462 Olpe**

weiterzuleiten.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber/der Antragsteller der Erlaubnisbehörde folgende weitere, mich betreffende Unterlagen zur Verfügung stellt: Angaben zu meiner Funktion im Unternehmen, Nachweis meiner Sachkunde für Versicherungsvermittler.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitnehmer