

**Verordnung über die Versicherungsvermittlung und -beratung  
(Versicherungsvermittlungsverordnung - VersVermV)  
Anlage 4 (zu § 7 Absatz 3)**

**Erklärung über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung nach  
§ 34d Absatz 9 Satz 2 GewO i. V. m. § 7 Absatz 1 VersVermV**

Wenn in diesem Formular bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschieht ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

**Für das Kalenderjahr:** \_\_\_\_\_

**Registrierungsnummer:** \_\_\_\_\_

Natürliche Person: Vorname, Nachname und ggf. Unternehmensbezeichnung des Gewerbetreibenden				
Juristische Person: Firmenname			Vorname und Nachname des gesetzlichen Vertreters	
Straße, Hausnummer				
PLZ		Ort		
Telefon*		Fax*		E-Mail*
Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme	Datum	Inhalt	Umfang (Stunden)	Weiterbildungsanbieter

\*freiwillige Angaben

Ich bestätige, dass die nach § 34 d Absatz 9 Satz 2 GewO bestehende Verpflichtung zur Weiterbildung eingehalten worden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gewerbetreibenden bzw. des gesetzlichen Vertreters

**Datenschutzrechtlicher Hinweis:**  
Die von Ihnen mitgeteilten personenbezogenen Daten werden zur weiteren Bearbeitung benötigt. Diese Datenerhebung erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 c DSGVO und § 34 d GewO. Die weiteren datenschutzrechtlichen Informationspflichten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.ihk.de/konstanz/vermittler](http://www.ihk.de/konstanz/vermittler).