

VOLLMACHT

(dient zur Vorlage für ZULASSUNGSBEHÖRDEN und VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN)

Ich (Wir) bevollmächtige(n) das Versicherungs- und Maklerbüro

SCHRECK VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Kling 1, 4950 Altheim
Telefon: 07723/43034 E-Mail: office@schreckensberger.at
Firmenbuchnummer FN 495029 i

In Person:

Franz Lindlbauer

Versicherungsmakler, Berater in Versicherungsangelegenheiten
Telefon: 0660/5073499 E-Mail: lindlbauer@schreckensberger.at
GISA-Zahl: 15751966

zur Wahrung meiner (unserer) Interessen und zu meiner (unserer) Vertretung in sämtlichen privaten und betrieblichen Versicherungsangelegenheiten im Sinne der Allgem. Geschäftsbedingungen der österr. Versicherungsmakler, d.h. in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige zu vertreten.
Insbesondere ist er bevollmächtigt

- * Ab- und Anmeldungen von KFZ durchzuführen;
- * Neu- und Nachversicherungen abzuschließen;
- * Kündigungen in meinem Namen auszusprechen;
- * Anzeigen und Erklärungen an meiner Statt entgegenzunehmen;
- * Anzeigen und Erklärungen gegen den Versicherer abzugeben;
- * Inkasso von Prämien, sowie von Entschädigungen vorzunehmen;
- * und jegliche Schäden für mich abzuwickeln;
- * in Behördeakte und -protokolle Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen zu lassen.
- * SEPA Lastschriftmandate zu unterfertigen.

Ferner umfasst diese Vollmacht auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten.

Ich (Wir) stimme(n) ausdrücklich zu, dass von seiten des Versicherers sämtliche Daten, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen in Zusammenhang stehen, oben genanntem Maklerbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Der Vollmachtgeber verzichtet ausdrücklich auf eine versicherungstechnische Risikoanalyse sowie auf die Erstellung eines angemessenen Deckungskonzeptes. Die periodische Überprüfung der bestehenden Versicherungsverträge (§ 28 Ziff. 7 MaklerG) ist ausgeschlossen. Für Versicherungssummen, die vom Vollmachtgeber vorgegeben werden, kann der Vollmachtnehmer keine Haftung übernehmen.

Ich (Wir) bestätige(n) die Kenntnisnahme des Informationsblattes zur Datenschutzerklärung, in welchem alle erforderlichen Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu meinen (unseren) Rechten angeführt sind, und welches unter www.schreckversicherung.at jederzeit für mich (uns) eingesehen werden kann.

Diese Vollmacht hat unbefristet Gültigkeit, auch über den Tod hinaus und gilt bis auf Widerruf.

NAME:

STRASSE:
PLZ, ORT:

GEBURTSDATUM:

BERUF:

UNTERSCHRIFT:

DATUM: