

Titel und Vorname: _____
Nachname: _____
Straße: _____
Plz und Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) die

Schmaranzer KG
Versicherungsmakler & Vermögensberater
A-4824 Gosau Nr. 610

E-Mail: office@vb-schmaranzer.at

Telefon 06136/8323-0 Telefax 06136/8323-4

Firmenbuchgericht: LG Wels FN 153400p DVR-Nr.: 0750999 UID-Nr.: ATU62492369
Gewerberegisternummer Versicherungsmakler: 407/6505 Gewerberegisternummer Vermögensberater: 407/13392

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler zu meiner (unserer) Vertretung in Versicherungsangelegenheiten. Insbesondere ist er berechtigt, mich (uns) in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige zu vertreten, Kündigungen und Vertragsabschlüsse vorzunehmen, Versicherungsurkunden entgegenzunehmen und Stellvertreter seiner Wahl mit gleicher oder minder ausgestatteter Vollmacht zu substituieren.

Die Bevollmächtigung gilt auch gegenüber Behörden und Ämtern und ermächtigt insbesondere Aktenunterlagen, Protokolle und Krankengeschichten einzusehen bzw. anzufordern. Gleichzeitig gilt sie auch zur Vertretung bei den Verkehrsbehörden in Kfz-Angelegenheiten.

Die Bevollmächtigung geht auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über und es wird vereinbart, sie auf allfällige Rechtsnachfolger zu überbinden. Sie erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

Das Versicherungsbüro haftet jedoch nicht für leichte Fahrlässigkeit und oder fahrlässige Pflichtverletzung.

Die AGB (rückseitig) habe(n) ich (wir) zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgeber