

# VOLLMACHT UND AUFTRAG

(dient zur Vorlage an ZULASSUNGSBEHÖRDEN UND VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN)  
Ich (wir) bevollmächtigte(n) die



A-3350 Haag, Linzerstrasse 9, Tel.: +43 (0) 7434/49000, Fax: DW-17

zur Wahrung meiner (unserer) Interessen und zu meiner (unserer) Vertretung in sämtlichen privaten und betrieblichen Versicherungsangelegenheiten d.h. in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige ausschließlich der gesetzlichen Sozialversicherung. Insbesondere ist sie ermächtigt

- Ab-, An- und Ummeldungen von KFZ durchzuführen;
- Sämtliche Versicherungsverträge zu überprüfen und Konditionsverhandlungen durchzuführen;
- Versicherungsverträge abzuschließen, zu ändern oder zu kündigen;
- Anzeigen und Erklärungen anstatt meiner entgegenzunehmen bzw. gegenüber dem Versicherer abzugeben;
- Inkasso von Prämien vorzunehmen;
- Inkasso von Entschädigungen vorzunehmen;
- jegliche Schäden abzuwickeln;
- zur Vertretung bei Ämtern und Behörden;
- in Akten, Protokolle, Krankengeschichten bei den jeweils zuständigen Stellen, sowie in sämtlichen Daten des Versicherers, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossen privaten und geschäftlichen Versicherungen im Zusammenhang stehen, Einsicht zu nehmen bzw. Kopien anfertigen zu lassen;
- Auskünfte bei Bausparkassen einzuholen;
- den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein/unser Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen;

Ferner umfasst diese Vollmacht auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten.  
Der Vollmachtgeber ersetzt dem Makler alle notwendigen Barauslagen.

Diese Bevollmächtigung geht samt den umstehenden AGB auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über, und es wird vereinbart, sie auf allfällige Rechtsnachfolger zu überbinden.  
Diese Bevollmächtigung gilt auf Grundlage der allgemeinen Geschäftsbedingungen bis auf schriftlichen Widerruf.

Haag, \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Stampiglie)

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geb. Dat.: / Firmenbuchnr.: \_\_\_\_\_