

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtig(e) ich(wir) den Versicherungsmakler



VERSICHERUNGSMAKLER KG

A-1140 Wien, Linzer Str. 76

FN 320376 t Verm. Reg. Nr. 990/102106R13/14

Tel. +43/1/786 86 86 Fax: 55 DW

E-Mail: office@krausundpartner.at

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler zu meiner(unserer) Vertretung in Versicherungsangelegenheiten. Insbesondere ist er/sie berechtigt, mich(uns) in allen Vertrags- und Schadenangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige zu vertreten, Versicherungsurkunden entgegenzunehmen und Stellvertreter seiner/ihrer 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 zur Vertretung bei den Verkehrsbehörden in KFZ-Angelegenheiten.

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

Herr/Frau/Firma _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Tel. _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Wien, den _____

Unterschrift