

VOLLMACHT

Ich(Wir) bevollmächtige(n)



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

gemäß den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig

* Angebote von Versicherungsgesellschaften einzuholen *

Weiters stimme(n) ich(wir) ausdrücklich zu, dass von seiten des Versicherers oder der Behörde sämtliche Daten, die mit dem von mir (uns) beantragten oder bestehenden, privaten und geschäftlichen Versicherungen im Zusammenhang stehen, o. a. Person zugänglich gemacht, bzw. Abschriften zu Verfügung gestellt werden.

DIESE VOLLMACHT GILT BIS AUF SCHRIFTLICHEN WIDERRUF

Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Tel. _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Wien, dem _____

Unterschrift