

VOLLMACHT

Ich (Wir)

Herrn / Frau

.....

.....

.....

Geburtsdatum :

Beruf/Firmenart:

e mail: Telefon:

bevollmächtigte(n) den Versicherungsagent/die Versicherungsagentur



LUFTENSTEINER Rosa
Kolbing 16, 4342 Baumgartenberg
Tel & Fax 07269/403, 0664 1540326
vbl@aon.at www.v-b-l.at

GISA-Zahl: 30338371

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsagenten zu meiner (unserer)

Vertretung in Versicherungs- und Bausparkassenangelegenheiten.

Der Versicherungsagent/die Versicherungsagentur ist ermächtigt, mich (uns) in Vertrags- und Schadens-Angelegenheiten im Rahmen des jeweiligen Agenturverhältnisses/der jeweiligen Agenturverhältnisse zu vertreten bzw. für mich (uns) tätig zu werden, insbesondere (soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter eingegriffen wird):

- Anträge weiterzuleiten
- Schadensangelegenheiten zu regulieren bzw. mich (uns) bei der Schadensregulierung soweit mich (uns) Mitwirkungspflichten treffen in Absprache mit der vertretenen Versicherung zu unterstützen
- Anforderung von Polizzenkopien
- Auskünfte auch bei Ämtern und Behörden einzuholen
- Vertretung vor Zulassungsbehörden um An,- Ab- oder Ummeldung sowie dort sämtliche Änderungen für mich (uns) durchzuführen. Dies beinhaltet auch die Erklärung vom Verlust von Fahrzeugdokumenten abzugeben. (Anmerkung: Dies gilt jedoch nicht, wenn der Abschluss einer vorläufigen Versicherungsdeckung damit verbunden ist.)
- Der Versicherungsagent/die Versicherungsagentur ist berechtigt, Stellvertreter seiner/ihrer Wahl mit gleicher Vollmacht oder mit einer Vollmacht mit weniger Rechten zu beauftragen.

Dieses Vollmachtsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gelöst werden. In diesem Fall ist das Original dieser Vollmacht zu entwerten und eine Kopie der entwerteten Vollmacht an den Vollmachtgeber zu retournieren.

..... , am

Ort Datum

X
Unterschrift Vollmachtgeber