

V o l l m a c h t

Ich / wir

bevollmächtigte(n) hiermit die Versicherungsagentur

Robert Walchshofer
Grubtalsiedlung VI / 6
3150 Wilhelmsburg
Tel: 0676/9511167 Fax: 02746/5090
E-Mail: robert.walchshofer@adviceagency.at

gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig

- Ab- und Anmeldungen von Kraftfahrzeugen durchzuführen;
- Neu- und Nachversicherungen abzuschließen;
- Kündigungen in meinem (unserem) Namen auszusprechen;
- Anzeigen und Erklärungen an meiner (unserer) Statt entgegenzunehmen bzw. abzugeben;
- Jegliche Schäden für mich (uns) abzuwickeln;
- In Behördenakte und Protokolle Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen zu lassen;
- Krankengeschichten von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten anzufordern und Einsicht zu nehmen;

Für Verträge, welche o. a. Versicherungsagentur nicht zur Kenntnis gebracht oder über diese abgeschlossen wurden, kann keine Haftung übernommen werden.

Die Vollmacht umfasst auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten und geht auf die allfälligen beiderseitigen Rechtsnachfolger über.

Ich (wir) stimme(n) weiters ausdrücklich zu, dass von Seiten des Versicherers sämtliche Daten, welche von den mit mir (uns) beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen im Zusammenhang stehen, oben genannter Versicherungsagentur zugänglich gemacht bzw. Abschriften zu Verfügung gestellt werden.

Die Vollmacht erlischt durch eine entsprechende schriftliche Mitteilung des (der) Vollmachtgeber(s) oder durch Zurücklegung des Bevollmächtigten.

_____, am _____
Ort Datum

Unterschrift des (der) Vollmachtgeber(s)