V O L L M A C H T

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) den/die

Versicherungsmakler Mair KG

TRIENTLGASSE 69/1
6020 INNSBRUCK
Tel. 0512/390910 Fax: DW 13
e-mail office@versicherung-mair.at
Web www.versicherung-mair.at
Firmenbuchnummer: 295929s

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler zu meiner (unserer) alleinigen Vertretung in Versicherungsangelegenheiten. Insbesondere ist er/sie berechtigt, mich (uns) in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige zu vertreten und auch bestehende Vollmachten sowie Verträge mit anderen Versicherungsmaklern zu kündigen. Die Bevollmächtigung gilt auch gegenüber Behörden und Ämtern, Gerichten, Leasingunternehmen, Bausparkassen und ermächtigt insbesondere Aktenunterlagen, Protokolle und Krankengeschichten einzusehen bzw. anzufordern. Die Vollmacht gilt auch für die Entgegennahme von Versicherungsurkunden sowie Kündigungen und Vertragsabschlüsse vorzunehmen, für KFZ An, Ab und Ummeldungen sowie Kennzeichen Nachbestellungen. Sie erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten. Mit den AGBs und der Datenschutzbestimmungen, unter www.versicherung-mair.at einsehbar, erkläre/n ich (wir) mich (uns) einverstanden.

....., am ..... **.....**
Unterschrift

Name:.....

Vorname:.....

Adresse:.....

.....

Geburtsdatum:.....

Tel./Fax:.....

Mobilnummer:.....

e-Mail:.....