

MAKLERVOLLMACHT

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum : _____ Tel: _____ mail: _____

Ich (wir) bevollmächtigt(en) den

gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) des **Vmm** rechtsgültig

- An- und Abmeldung
- Neu- und Nachversicherungen abzuschließen
- Kündigungen in meinem (unserem) Namen auszusprechen
- Erklärungen und Anzeigen an meiner (unser) statt entgegenzunehmen
- Erklärungen und Anzeigen gegen den Versicherer abzugeben
- Jegliche Schäden für mich (uns) abzuwickeln
- In mich (uns) betreffende Behördenakte und Protokolle Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen zu lassen
- Bei Krankenanstalten, die mich (uns) betreffenden Krankengeschichten anzufordern
- im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler zu meiner (unserer) alleinigen Vertretung in allen Versicherungsangelegenheiten
- einen Unterbevollmächtigten zu bestellen

Diese Maklervollmacht gilt für:

- sämtliche betriebliche Versicherungsverträge
- sämtliche privaten Versicherungsverträge
- eingeschränkt für

Ich (wir) stimme(n) ausdrücklich zu, dass von Seiten des Versicherers, sämtliche Daten, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen privaten und/oder geschäftlichen Versicherungen in Zusammenhang stehen, obengenanntem Maklerbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Diese Vollmacht hat unbefristete Gültigkeit und sie erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

Ort, Datum

Unterschrift