



# VOLLMACHT

Ich (wir) bevollmächtige(n) das Versicherungsbüro

**KKV Sabine Kopinitsch e.U. Versicherungsmaklerin & Beraterin in Versicherungsangelegenheiten  
Hauptstraße 4, 2483 Weigelsdorf**

Zur Wahrung gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen, rechtsgültig im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler, zu meiner (unserer) alleiniger Vertretung in allen Versicherungsangelegenheiten d. h. in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige ausgenommen der Sozialversicherung. Insbesondere ist er ermächtigt:

- Ab- und Anmeldungen sowie behördliche Änderungen von KFZ durchzuführen;
- sämtliche Versicherungsverträge zu prüfen und Konditionsverhandlungen durchzuführen;
- Neu und Nachversicherungen abzuschließen;
- Kündigungen in meinem (unseren) Namen auszusprechen;
- Anzeigen und Erklärungen an meiner (unserer) Statt entgegenzunehmen;
- Anzeigen und Erklärungen gegen den Versicherer abzugeben;
- jegliche Schäden für mich (uns) abzuwickeln;
- zur Vertretung bei Ämter und Behörden mich (uns) betreffende Behördenakte und Protokolle Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen lassen;

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

Ferner umfasst diese Vollmacht auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten.

Die Vollmacht gilt auf Grundlage der umstehenden AGB und des Geschäftsbesorgungsvertrag bis auf schriftlichen Widerruf. Der Vollmachtgeber ersetzt dem Makler alle notwendigen Barauslagen.

Diese Vollmacht geht samt den umstehenden AGB auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über und es wird vereinbart, sie auf allfällige Rechtsnachfolger zu überbinden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die umstehenden ABG gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

## Vollmachtgeber:

Familienname: ..... Vorname: .....

Beruf: ..... Geb.Dat.: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

....., am .....  
Ort Datum Stempel/Unterschrift(en)

