



VOLLMACHT

1. Vollmachtgeber: geboren:

Adresse:

2. Vollmachtgeber: geboren:

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) die Firma:

**W. Grabner GmbH, Versicherungsmakler, Gew.Reg. 601 056397
und deren Vertragspartner bzw. Angestellte**

Grottenhofstraße 29 A-8053 Graz

Tel: +43 316 720176 Fax: +43 316 720176 – 4 Mail: office@gvg.co.at

Ich (wir) bevollmächtigen den oben genannten Versicherungsmakler, bzw. die Stellvertreter seiner Wahl mit gleicher oder minder ausgestatteter Vollmacht, im Rahmen seiner Gewerbeberechtigung

- bei den zuständigen Gerichten, Verwaltungsbehörden oder sonstigen Ämtern, sowie bei jeder Versicherungsgesellschaft, jeder Bausparkasse, Banken, die notwendigen Auskünfte einzuholen, alle mich (uns) betreffenden Akten einzusehen und Unterlagen auf eigene Kosten anzufordern, die die versicherungstechnische Abwicklung von Schäden und (oder) Ähnlichen betreffen,
- in allen meinen (unseren) Versicherungsangelegenheiten, die von Ihnen in meinen (unseren) Interessen als notwendig oder nützlich erachteten Änderungen und Ergänzungen, insbesondere Kündigungen, Rückkäufe und Prämienfreistellungen von Verträgen durchzuführen bzw. Vertragsabschlüsse in meinem (unseren) Namen zu unterfertigen. Für den Fall der Unterfertigung von Abschlüssen von Versicherungsverträgen, behalte(n) ich (wir) mit (uns) in Abänderung des Konsumentenschutzgesetzes § 3, ein Rücktrittsrecht von 10 Tagen nach Erhalt der Polizza vor.

Diese Bevollmächtigung geht auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über und widerruft sämtliche vorher bestehenden Vollmachten. Diese erlischt durch entsprechende Mitteilung des (r) Vollmachtgeber oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift ausdrücklich, die AGB's (im Anhang Maklervertrag) zur Kenntnis genommen zu haben. Diese gelten solange sie nicht verändert werden und haben für zukünftige Geschäftsfälle Gültigkeit.

Ort: Datum: Unterschrift für 1. _____

Ort: Datum: Unterschrift für 2. _____