



VD SPAR VERSICHERUNGSDIENST GMBH

VD SPAR VERSICHERUNGSDIENST Gesellschaft m. b. H.
Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten
Europastraße 3, 5020 Salzburg
Tel: 0662-4470 22624, Fax: 0662-4470 9222620
www.vd-spar.at, anfragevd@spar.at
FN 053 566z, GISA-Zahl: 17928144

IHR VERSICHERUNGSMAKLER
DIE BESTE VERSICHERUNG



VOLLMACHT

Vorname:

Nachname:

GebDatum:

Anschrift:

(im Folgenden auch „Ich“)

Hiermit bevollmächtige und beauftrage ich den Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

**VD SPAR VERSICHERUNGSDIENST Gesellschaft m. b. H.
Europastraße 3, 5020 Salzburg**

(im Folgenden auch „Vollmachtnehmer“)

mich in sämtlichen Versicherungs- und Schadensangelegenheiten sowie allen sonstigen Angelegenheiten, zu deren Erledigung der Vollmachtnehmer auf Grundlage seiner Gewerbeberechtigung befugt ist, gegenüber allen natürlichen und juristischen Personen, insbesondere Versicherungen, Banken, Kreditinstituten, Bausparkassen, Leasingunternehmen, Besichtigungsfirmen, Ämtern, Behörden, Polizei, Gerichten und Finanzämtern zu vertreten und dabei insbesondere:

1. Verträge vorzubereiten, abzuschließen, aufzulösen oder zu ändern,
2. Auskünfte in meinem Namen einzuholen, insbesondere gegenüber natürlichen und juristischen Personen, Versicherungsunternehmen, Versicherungstreuhändern/maklern/agenten, Beratern in Versicherungsangelegenheiten und Vermögensberatern, Sachverständigen, Behörden, Ämtern, Finanzämtern, Polizei, Gerichten, Krankenanstalten, Ärzten, Einrichtungen zur außergerichtlichen Streitbeilegung, Steuerberatern, Leasingunternehmen, Banken, Kreditinstituten, Bausparkassen und sonstigen Rechtsträgern, in Akten, Protokolle, Gutachten, Krankengeschichten, Urteile und andere gerichtliche oder behördliche Entscheidungen einzusehen und davon Abschriften anzufertigen,
3. sämtliche Versicherungsverträge anzufordern, zu überprüfen und sämtliche Verhandlungen mit Versicherern durchzuführen, jegliche Schäden mit Versicherern abzuwickeln und auch bestehende Vollmachten sowie Verträge mit anderen Versicherungsmaklern zu kündigen,
4. Zustellungen sowie Versicherungs- und sonstige Urkunden entgegenzunehmen,
5. An-, Ab- und Ummeldungen von KFZ durchzuführen,
6. Wunschkennzeichen zu bestellen,
7. Vergleiche zu schließen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Vollmachtnehmer zur Besorgung aller durch die gegenständliche Vollmacht gedeckten Geschäfte, in sämtlichen privaten und betrieblichen Versicherungsangelegenheiten Stellvertreter und Unterbevollmächtigte seiner Wahl heranzieht.

Klarstellend wird festgehalten, dass der Vollmachtnehmer und allfällige Unterbevollmächtigte im Rahmen der Vollmacht gewillkürte Vertreter des Vollmachtgebers im Sinne des § 11c VersVG bzw. einer dieser allfällig nachfolgenden Gesetzesbestimmung sind.

Ich entbinde hiermit die jeweils zuständigen Stellen (insbesondere die unter Ziffer 2 oben aufgezählten Stellen, wie beispielsweise Versicherungsunternehmen, Ärzte, Krankenanstalten, Sachverständige) von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit und dem Datengeheimnis soweit dies im Rahmen dieser Vollmacht erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass der Vollmachtnehmer zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insbesondere zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation ermächtigt ist.

Ich bin damit einverstanden, dass der Vollmachtnehmer zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Formvorschriften, vor allem von Schriftformvereinbarungen i.S.d. § 5a Abs. 2 und § 15a Abs. 2 VersVG berechtigt ist.

Ich bevollmächtige hiermit den Vollmachtnehmer, den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Mit Erteilung dieser Vollmacht widerrufe ich jede bisher erteilte Vollmacht gegenüber anderen Versicherungsvermittlern zur Vertretung in jenen Versicherungsangelegenheiten, in denen ich den Vollmachtnehmer gemäß Maklervertrag beauftrage. Ich bin damit einverstanden, dass der Vollmachtnehmer andere Versicherungsvermittler von meinem Widerruf in meinem Namen entsprechend verständigt.

Diese Bevollmächtigung geht auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über. Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer vereinbaren ihre Rechtsnachfolger vom Bestehen des Vollmachtverhältnisses zu informieren, und sämtliche Rechte und Pflichten zu überbinden und die dafür nötigen Übertragungsakte zu setzen, soweit nicht ohnedies Gesamtrechtsnachfolge eintritt. Die Vollmacht erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Vollmachtnehmer.

Die im Anhang zum Maklervertrag angeführten Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten ausdrücklich als gelesen und vereinbart.

Nähere Informationen darüber, wie personenbezogene Daten vom Vollmachtnehmer verarbeitet werden, sind in den dem Maklervertrag angehängten Datenschutzhinweisen enthalten.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich als Vollmachtgeber, erteile hiermit meine ausdrückliche Einwilligung gemäß Art 6 Abs 1 lit a DSGVO bzw. Art 9 Abs 2 lit a DSGVO (hinsichtlich besonderer Kategorien von Daten, insbesondere Gesundheitsdaten) zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch die jeweiligen Stellen (insbesondere die unter Ziffer 2 oben aufgezählten Stellen, wie beispielsweise Versicherungsunternehmen, Ärzte, Krankenanstalten, Sachverständige) an den Vollmachtnehmer, damit dieser die in dieser Vollmacht geregelten Agenden wahrnehmen kann.

Meine Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Weitere Informationen finde ich in den dem Maklervertrag angehängten Datenschutzhinweisen.

Wenn ich meine Einwilligung nicht erteile oder später widerrufe, kann der Vollmachtnehmer gegebenenfalls nicht die erforderlichen Informationen über mich einholen und ich bin selbst dafür verantwortlich, die entsprechenden Unterlagen zu sammeln und an den Vollmachtnehmer zu übermitteln.

Ja, ich stimme zu. Nein, ich stimme nicht zu.

Als Vollmachtgeber:

Ort, Datum

Unterschrift Kunde