



VOLLMACHT

für

EZVA Erich Zugsbratl Versicherungsagentur

2362 Biedermannsdorf

Ortsstr. 62

Tel: 02236/931 814-0 Mobil: 0676/841 407 210

zur Wahrung meiner (unserer) Interessen und zu meiner (unserer) Vertretung in sämtlichen privaten und betrieblichen Versicherungsangelegenheiten d.h. in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige ausschließlich der gesetzlichen Sozialversicherung. Insbesondere ist er ermächtigt

- Ab-, An- und Ummeldungen von KFZ durchzuführen;
- in sämtliche bereits bestehende Versicherungsverträge bei Versicherungsgesellschaften Einsicht zu nehmen oder Informationen über diese Versicherungsverträge einzufordern;
- in Absprache mit dem Vollmachtgeber und unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Gewerbeordnung, Versicherungsverträge abzuschließen, zu ändern oder zu kündigen;
- Anzeigen und Erklärungen an meiner Statt entgegenzunehmen bzw. gegenüber dem Versicherer abzugeben;
- jegliche Schäden abzuwickeln;
- zur Vertretung bei Ämtern und Behörden;
- in Akten, Protokolle, Krankengeschichten bei den jeweils zuständigen Stellen sowie in sämtliche Daten des Versicherers, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen im Zusammenhang stehen, Einsicht zu nehmen bzw. Kopien anfertigen zu lassen.

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

Aus dieser Vollmacht entspringen für den Vollmachtgeber keinerlei Ansprüche gegenüber dem Vollmachtnehmer, welcher Art auch immer.

Dieses Vollmachtsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und endet sofort mit schriftlichen Widerruf durch den Vollmachtgeber.

Vollmacht erteilt durch:

Name: .

Beruf:

Adresse: , .

Geb. Datum:

.....

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die _____, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der _____ auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Mit der Unterfertigung dieses Mandates bestätigt die unterzeichnende Person, berechtigt zur Autorisierung der Lastschrift zu sein. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Familienname, Vorname / Firma:
.

PLZ Ort, Straße Hausnummer/Stiege/Stock/Tür:
. .

Name des Geldinstitutes: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Unterschrift Prämienzahler