

## VOLLMACHT

Name:		
Anschrift:		
Geburtsdatum:		
Firmenbuch-Nr.:		
Ausweis-Nr.:	Datum:	Behörde:
Sonstiges:		

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir die SCHUSTER Versicherungsagentur GmbH, FN 414713y, mich/uns in Versicherungsangelegenheiten gegenüber den zuständigen Versicherungsgesellschaften und Behörden, im Rahmen der Möglichkeiten der Gewerbeberechtigung rechtsgültig zu vertreten, und für mich/uns zu unterfertigen (gilt auch für Kündigungen von Versicherungsverträgen, Fahrzeug An- und Abmeldung, Bestellung von Wunschkennzeichen, Hinterlegungen und Ähnliches). Weiters hat der Bevollmächtigte das Recht Einsicht in Akten zu nehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere persönlichen/Unternehmens- Daten - (Gesundheitsfragen, Sach-/Vermögenswerte, Bankdaten), bis auf Widerruf gespeichert und/oder an die zuständige Versicherung weitergegeben werden. Gem. DSGVO werden diese Daten auf Verlangen gelöscht.

Diese Vollmacht erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers, oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten. Bisherige Vollmachten verlieren ihre Gültigkeit.

### **Basisinformation**

gemäß §§ 1 und 9 der Standesregeln für Versicherungsvermittlung und Datenschutzerklärung wurden ausgehändigt ebenso zum Download unter [www.schuster-versicherungen.at](http://www.schuster-versicherungen.at)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_