



## Maklervollmacht

Vollmachtgeber/in:

Strasse:

PLZ und Ort:

Geb. Datum:

Ich beauftrage hiermit o.a. Versicherungsmakler, unter Zugrundelegung der beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Versicherungsverträge zu vermitteln. Die Versicherungsvermittlung umfasst insbesondere die Vorbereitung und den Abschluss von Versicherungsverträgen sowie die Mitwirkung bei der Verwaltung und Erfüllung, insbesondere im Schadensfall. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, die beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen idF 05/2018 gelesen und verstanden zu haben und damit einverstanden zu sein.

Damit der Versicherungsmakler seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllen kann, bevollmächtige ich ihn im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten zu meiner (unserer) umfassenden Vertretung und mit der Wahrnehmung meiner (unserer) Interessen in allen Versicherungs- und Schadensangelegenheiten sowie in allen sonstigen Angelegenheiten, zu deren Erledigung der Versicherungsmakler auf Grundlage der Gewerbeberechtigung befugt ist. Ferner umfasst diese Vollmacht das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten. Bevollmächtigung und Auftrag gehen auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über. Vollmachtgeber und Bevollmächtigter verpflichten sich darüber hinaus, ihre Rechtsnachfolger vom Bestehen des gegenständlichen Vollmachts- und Auftragsverhältnisses zu informieren und ihnen sämtliche Rechte und Pflichten zu überbinden.

Insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt in Aktenunterlagen, Protokolle, Gutachten, Krankengeschichten und Urteile Einsicht zu nehmen und daraus Kopien anzufertigen, rechtsverbindlich für mich (uns) Vertragserklärungen abzugeben, insbesondere Kündigungen und Vertragsabschlüsse vorzunehmen, Vergleiche abzuschließen, Zustellungen sowie Versicherungs- und sonstige Urkunden entgegenzunehmen, 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. Gleichzeitig gilt sie auch zur Vertretung bei den Verkehrsbehörden in KFZ-Angelegenheiten.

In diesem Zusammenhang nehme ich ausdrücklich zur Kenntnis, dass es im Zuge der Durchführung des Auftrages bzw. mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen des o.a. Versicherungsmakler zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt.

### **WIESER & Partner GmbH**

Versicherungsmakler

Wolfenstraße 22a

A – 4400 Steyr

Tel: 07253 / 8249

office@WieserundPartner.at

[www.WieserundPartner.at](http://www.WieserundPartner.at)

Wir sind an **keiner** Versicherung wie auch immer beteiligt.

An unserer Firma ist **keine** Versicherung wie auch immer beteiligt.

### **Beschwerdestelle:**

Bundesministerium für  
Wissenschaft, Forschung und  
Wirtschaft  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Zuständige Behörde:**

Magistrat der Stadt Steyr  
Versicherungsvermittler-  
register  
GISA-Zahl: 16955011

Firmenbuchnummer: 437472t

Der o.a. Versicherungsmakler wird weiters bevollmächtigt eine Zustimmung zur Verwendung meiner/unserer Daten (ausgenommen sensible Daten i.S.d. § 9 DSGVO) zu erteilen.

Ich bevollmächtige o.a. Versicherungsmakler ausdrücklich weiters zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insb. zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation.

Der Bevollmächtigte ist insb. weiters zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Formvorschriften, v.a. von Schriftformvereinbarungen i.S.d. § 5a Abs 2 und § 15a Abs 2 VersVG berechtigt.

Der o.a. Versicherungsmakler wird bevollmächtigt den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein/unser Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPA- Lastschriften einzulösen.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, zur Durchführung der oben genannten Agenden Stellvertreter und Unterbevollmächtigte seiner Wahl mit gleicher oder minder ausgestatteter Vollmacht zu bestellen.

#### **Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten:**

Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu**, dass der o.a. Versicherungsmakler **meine Gesundheitsdaten**, wie etwa meine gesamte Krankengeschichte, zum Zwecke der Vertragserfüllung (z.B. zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes) **erfasst und verarbeitet**.

Ebenfalls **stimme ich ausdrücklich zu**, dass die verarbeiteten Daten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung **auch an Dritte**, und zwar insbesondere **an Versicherungsunternehmen** durch o.a. Versicherungsmakler **weitergegeben werden**.

#### **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

Mit der Erteilung dieser Vollmacht widerrufe(n) ich (wir) jede bisher erteilte Vollmacht zur Vertretung in Versicherungsangelegenheiten.

Eine Kopie dieser Maklervollmacht/dieses Maklervertrages inkl. der Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Versicherungsmakler (AGB VersMakler idF 05/2018) wurde mir (uns) ausgehändigt und wird von mir (uns) akzeptiert.

Steyr, am «Aktuelles\_Datum»



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde/n