

A

Kunde

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	ggf. Geburtsname	
Firma			
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

»Vollmachtgeber«

B

bevollmächtigt hierdurch

Name	Hildebrandt	Vorname	Michael
Firma	Hildebrandt&Partner		
Straße, Hausnummer	Neunkirchener Str. 17a	PLZ, Ort	92637 Weiden
MAK-Nummer	144837		

»Versicherungsmakler«

C

ihn in seinen Versicherungsangelegenheiten wie folgt zu vertreten bzw. für ihn tätig zu werden:

1. Abgabe und Entgegennahme sämtlicher Willenserklärungen zum Zweck des Abschlusses, der Änderung sowie der Beendigung von Versicherungsverträgen.
2. Abgabe von Wissensklärungen (z. B. Anzeigen zur Erfüllung von Obliegenheiten, etc.) gegenüber Versicherern und sonstigen Dritten.
3. Geltendmachung von Leistungsansprüchen im Rahmen der Schadensbearbeitung für Vollmachtgeber gegenüber Versicherern.
4. Vertretung des Vollmachtgebers bei der Korrespondenz mit Versicherern sowie Behörden durch den Versicherungsmakler, über den sämtliche Korrespondenz zu führen ist.
5. Entgegennahme von Leistungen (Versicherungsleistungen und Entschädigungszahlungen) von den Versicherern im Rahmen der Schadensbearbeitung für den Vollmachtgeber, sowie von Beitragsrserstattungen durch die Versicherer.
6. Berechtigung, bei der Erfüllung seiner Aufgaben, Untervollmachten an Finanzdienstleister, namentlich Maklerpools, zu erteilen.

Ort, Datum

Vollmachtgeber
