

NAME _____
VORNAME _____
STRASSE _____
PLZ _____
WOHNORT _____
GEB.DATUM _____
TELEFON _____
MOBIL _____
TELEFAX _____
EMAIL _____
GÜLTIG FÜR PRIVAT _____ FIRMA _____

BROKERHOUSE

VERSICHERUNGSMAKLER

MAKLERVOLLMACHT

VERSICHERUNGSVERTRÄGE ABZUSCHLIESSEN, ZU ÄNDERN ODER ZU KÜNDIGEN,
ERKLÄRUNGEN, ANZEIGEN UND INFORMATIONEN ZU VERSICHERUNGSVERTRÄGEN ABZUGEBEN ODER ENTGEGENZUNEHMEN,
BEI DER SCHADENSABWICKLUNG FÜR VOM VERSICHERUNGSMAKLER VERMITTELTE ODER BETREUTE VERSICHERUNGEN MITZUWIRKEN,
ZAHLUNGEN AUS ABRECHNUNGEN ODER SCHADENABWICKLUNGEN, SOWIE POLICEN UND DOKUMENTE ENTGEGENZUNEHMEN,

UNTERVOLLMACHTEN AUSZUSTELLEN UND BESTÄNDE ZU ÜBERTRAGEN Z.B. AN:
BLAUDIREKT GMBH UND Co.KG – FACKENBURGER ALLEE 11, 23554 LÜBECK

DER VERSICHERUNGSMAKLER IST VON §181 (SELBSTKONTRAHIERUNGSVERBOT) BEFREIT

DIE MAKLERVOLLMACHT IST ZEITLICH NICHT BEFRISTET UND KANN VON BEIDEN PARTEIEN TÄGLICH PER EINSCHREIBEN ODER FAX
GEKÜNDIGT WERDEN. LIEGT EINE KÜNDIGUNG NICHT VOR, GILT DIESE WILLENSERKLÄRUNG WEITERHIN VORRANGIG GEGENÜBER
ANDERS ABGEGEBENEN ERKLÄRUNGEN. DEN ZUGANG DER KÜNDIGUNG HAT DER KÜNDIGENDE ZU BELEGEN.

DER MAKLER IST DAZU BERECHTIGT, PERSONENBEZOGENE DATEN ZU SPEICHERN SOWOHL ALS AUCH AN BENANNTEN POOLS UND
DURCH GESCHÄFTSVORFÄLLE BETROFFENE VERSICHERER WEITERZUGEBEN. DIES GILT AUCH FÜR ANGABEN DER GESUNDHEIT,
SOWEIT SIE EINEM GESCHÄFTSZWECK DIENEN UND ZUR BEARBEITUNG WEITERGEGEBEN WERDEN MÜSSEN. FÜR
BESTANDÜBERTRAGUNGEN AUS BESTÄNDEN VON VERSICHERERN, POOLS ODER ANDEREN MAKLERN WIRD AUSDRÜCKLICH DIE
GENEHMIGUNG DES MANDANTEN DAZU GEGEBEN UND ER STIMMT ZU, DAS DER ALTBESTANDFÜHRENDE DIESE DATEN EBENFALLS
WEITERGEBEN DARF.

ORT, DATUM: _____

UNTERSCHRIFT _____

BROKERHOUSE VERSICHERUNGSMAKLER
EGGARTSTRASSE 23
83365 NUSSDORF - AIGING

TEL 08669-3570970 Fax 08669-3570979
MAIL INFO@BROKERHOUSE-VM.COM
WEB WWW.BROKERHOUSE-VM.COM