



**SCHACHNER Erich**  
**Büro: 4673 Gaspoltshofen, Gramberg 8**  
Fax: 07735/20169  
**Mobil: 0676/93 27 - 113 od. 114**  
E-Mail : versicherung@schachner.info  
Internet: www.schachner.info

Name: .....

Geb. Datum: . . . . .

Strasse: .....

PLZ Ort: .....

Sozialvers. Nr.: . . . . .

---

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) den Versicherungsmakler,

**Erich Schachner**

gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig

- Anzeigen und Erklärungen des Versicherers an meiner Statt entgegenzunehmen
- Anzeigen und Erklärungen gegen den Versicherer abzugeben
- jegliche Schäden für mich abzuwickeln
- zur Vertretung bei Verkehrsbehörden in sämtlichen Kfz-Angelegenheiten
- von Behörden und Ämtern, Protokolle, Akten und Krankengeschichten anzufordern bzw. einzusehen
- in meinem Namen Kündigungen auszusprechen, Neu-, und Nachversicherungen abzuschließen
- einen Stellvertreter seiner Wahl mit gleicher oder minderer ausgestatteten Vollmacht zu substituieren

Ich (wir) stimmen ausdrücklich zu, dass von seitens des Versicherers sämtliche Daten, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen Versicherungen in Zusammenhang stehen, oben genanntem Maklerbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift