

MAC-Agentur OG.

Peraustraße 17
9500 Villach
GISA-Zahl: 35578925



Vollmacht und Auftrag

Hiermit bevollmächtige und beauftrage ich,

Titel, Vor- und Zuname / Firmenwortlaut	
Geburtsdatum	
PLZ, Wohnort, Straße	
UID /Steuernummer	
Handynummer, E-Mail-Adresse	

die MAC-Agentur OG, Peraustraße 17, 9500 Villach, zur Wahrung meiner Interessen und zu meiner Vertretung, im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsagenturen, in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige.

Diese Bevollmächtigung gilt auch gegenüber Behörden (z. B. Bezirkshauptmannschaften, Magistrat, etc.), Finanzämtern, Gerichten, der Polizei, Steuerberatern, Rechtsanwälten, Bausparkassen und Leasingunternehmen.

Die MAC-Agentur OG ist bevollmächtigt:

- Vertragsinformationen (Vertragsübersichten, Rückkaufswerte, Ablaufwerte, Modellrechnungen, etc.) zu meinen Versicherungs- und Bausparverträgen einzuholen.
- Die Bausparkasse wird vom Vollmachtgeber gegenüber dem Bevollmächtigten vom Bankgeheimnis gemäß § 38 Abs. 2 Z 5 BWG entbunden.
- Versicherungsverträge im Namen und auf Rechnung des Auftraggebers abzuschließen, zu ändern oder zu kündigen.
- KFZ-Ab- und Anmeldungen, Kennzeichenhinterlegungen sowie sämtliche Behörden technische Zulassungsangelegenheiten durchzuführen.
- Anzeigen und Erklärungen im Namen des Auftraggebers entgegenzunehmen bzw. gegen den Versicherer abzugeben.
- In Akten, Protokolle, Krankengeschichten bei den jeweils zuständigen Stellen sowie in sämtliche Daten des Versicherers, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen in Zusammenhang stehen, Einsicht zu nehmen bzw. Kopien anfertigen zu lassen.
- Vollmachten und Verträge von anderen Versicherungsmaklern, Versicherungsagenten und Außendienstmitarbeitern zu kündigen.
- Zur Durchführung der oben genannten Agenden Unterbevollmächtigte zu bestellen.

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten:

Hiermit stimme ich ausdrücklich zu, dass die MAC-Agentur OG 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.