

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Name

Adresse

Geburtsdatum

die

**VBT Versicherungsbüro
Theuermann GmbH**

Unabhängiger Versicherungsmakler

St. Michaelerstrasse 2, A-9400 Wolfsberg

Tel: 04352/35131-0, Fax: 04352/35131-10

office@vbt.co.at www.vbt.co.at

FN:340416m GISA-Zahl:11595755

Vertragsinformationen (wie Vertragsübersichten, Rückkaufswerte, Ablaufwerte, Modellrechnungen etc.) zu meinen Versicherungsverträgen einzuholen.

Ferner umfasst diese Vollmacht auch das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten (Mitarbeiter von der Firma VBT Versicherungsbüro Theuermann GmbH).

Gleichzeitig erteile ich die Ermächtigung zum Empfang und zur Einsicht von Schriftstücken der Versicherungsanstalten.

Mit dieser Vollmacht wird weder eine Vermittlungspflicht, noch ein Vermittlungsauftrag abgeschlossen.

Diese Bevollmächtigung erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (firmenmäßige Zeichnung)