

Name / Firma	
PLZ / Ort	Straße
Beruf	Geburtsdatum
Telefon	E-Mail
Ersatz-Zustellbevollmächtigter: Name	E-Mail

Hiermit bevollmächtige(n) ich (wir) den Versicherungsmakler

SIVAG Sicherheit in Versicherungsangelegenheiten GesmbH (in Folge kurz SIVAG genannt)
und erteile(n) hiermit auch den Versicherungsmaklerauftrag an die SIVAG

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler zu meiner (unserer) Vertretung in Versicherungsangelegenheiten. Insbesondere ist dieser berechtigt, mich (uns) in allen Vertrags- und Schadensangelegenheiten sämtlicher Versicherungszweige zu vertreten, Kündigungen und Vertragsabschlüsse vorzunehmen, Versicherungsurkunden entgegenzunehmen und Stellvertretern seiner Wahl mit gleicher oder minder ausgestatteter Vollmacht zu substituieren. Die Bevollmächtigung gilt auch gegenüber Behörden und Ämtern sowie Gerichten und Staatsanwaltschaften, ebenso gegenüber Ärzten und Krankenanstalten sowie Banken und ermächtigt insbesondere Aktenunterlagen, Protokolle und Krankengeschichten einzusehen bzw. anzufordern. Gleichzeitig gilt sie auch zur Vertretung bei den Verkehrsbehörden in Kfz-Angelegenheiten. Auch beauftrage(n) ich (wir) in meinem (unserem) Namen, bei egal welcher Stelle, sämtliche Gutachten, Unterlagen und polizeiliche sowie behördliche Protokolle in Bezug auf einen Schadensfall in meinem (unserem) Namen einzuholen, einzusehen und Abschriften anfertigen zu lassen, sowie Datenschutzerklärung zu erklären oder weiter zu geben. Ich (Wir) entbinde(n) alle diese Stellen von der/dem Schweigepflicht (auch ärztlich)/Bankgeheimnis.

Diese Bevollmächtigung geht auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über und es wird vereinbart, sie auf allfällige Rechtsnachfolger zu überbinden. Sie erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

Mit Datum der Erteilung dieser Vollmacht widerrufe(n) ich (wir) jede bisher erteilte Vollmacht zu jeglicher Vertretung in Versicherungsangelegenheiten.

Die umseitigen allgemeinen Geschäftsbedingungen werden einvernehmlich zum untrennbaren Inhalt des Vertrages gemacht. Sie sind in der vorliegenden Form vor Unterschriftsleistung den Vertragsparteien bekannt und von diesen ausdrücklich akzeptiert.

Der o.a. Versicherungsmakler wird bevollmächtigt, den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein/unser Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

- Spezialvollmacht: Diese Vollmacht gilt auch als Spezialvollmacht im Sinne § 1008 ABGB i.V.m. § 8 und § 9 des Datenschutzgesetzes. Insbesondere gilt die Bevollmächtigung auch für die Beschaffung personenbezogener und sensibler Daten, insbesondere sensibler Gesundheitsdaten von Behörden, Ämtern und Krankenanstalten jeglicher Art sowie Versicherungsgesellschaften um Protokolle und Krankengeschichten einzusehen, anzufordern, Kopien zu beschaffen und im Namen des Vollmachtgebers in Empfang zu nehmen.
- Ich (Wir) habe(n) die Datenschutzerklärung sowie die SIVAG Broschüre entgegengenommen und erkläre(n) mich (uns) damit vollinhaltlich einverstanden.
- Ich (Wir) erkläre(n) mich (uns) mit der Kommunikation auf elektronischem Weg (insbesondere Telefon, E-Mail und Newsletter), zwischen der SIVAG und mir (uns) einverstanden. Ich (Wir) verzichte(n) ausdrücklich auf jegliche Formvorschrift und erkläre(n) mich (uns) damit einverstanden, dass ein elektronischer Text als ausreichend akzeptiert wird. Ich bevollmächtige o.a. Versicherungsmakler ausdrücklich weiters zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insb. zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation.
- Ich (Wir) erkläre(n) mich (uns) damit einverstanden, dass die ständige Zurverfügungstellung der AGB, Datenschutzerklärungen und anderer rechtlicher Grundlagen auf der Homepage der SIVAG unter www.sivag.at/rechtliches, als zugegangen gilt, da diese dort eingesehen und heruntergeladen werden können. Unter der Voraussetzung, dass ich (wir) per Mail oder einfacher Briefsendung mit einer 14-tägigen Rücktrittsfrist darüber verständigt werde(n).
- Beschränkung der Vollmacht zur Einholung sämtlicher Auskünfte über Verträge und Schäden von dem/der VersicherungsnehmerIn.

Besondere Vereinbarungen

- wurden keine getroffen.

Datum / Ort	Name des Handlungsbevollmächtigten*	Unterschrift SIVAG	Unterschrift des Kunden
-------------	-------------------------------------	--------------------	-------------------------

Version: 1.1

Firma
SIVAG Sicherheit in Versicherungsangelegenheiten GesmbH
Linzer Straße 46a, A-4810 Gmunden
Tel.: 07612 / 88 222, Fax: DW 14

Gerichtsstand
Landesgericht Wels
Firmenbuchnummer: FN 141669 m
Geschäftsführer: Georg Eisenzopf,
Franz Eidenhammer, MBA

Bankverbindung
Oberbank AG, Filiale Gmunden
IBAN: AT95 1506 0001 7106 7689
BIC: OBKLAT2L
UID-Nr.: ATU56585537

Register/Beschwerdestelle
Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten
GISA-Zahl: 16029118, www.bmdw.gv.at
DVR Nr. 2111320