

Einsichtsvollmacht GGW Versicherungsmakler GmbH

Vollmachtgeber

Name: _____
Straße & Hausnummer: _____
Ort & Postleitzahl: _____
Telefonnummer: _____
Branche _____

Hiermit erteilen wir nachfolgend genanntem Maklerunternehmen sowie dort beschäftigten Versicherungsmaklern eine Einsichtsvollmacht.

Bevollmächtigtes Maklerunternehmen

Name: GGW Versicherungsmakler GmbH
Adresse: Gaisbergstraße 11a, 5020 Salzburg, Österreich
Telefonnummer: +43 662/908091

Diese Vollmacht gewährt dem Bevollmächtigten Einsicht in versicherungsrelevante Unterlagen, insbesondere Polizzen, Anträge, Bausparverträge, Schadensmeldungen, Wertpapierdepots, Antragsformulare und Fondsveranlagungen und berechtigt ihn dazu, Kopien selbiger zu erstellen oder anzufordern.

Infolge entbinden wir auskunftgebende Gesellschaften, Rechtsträger und Personen uns gegenüber in den genannten Angelegenheiten ausdrücklich von ihren Verschwiegenheitspflichten sowie dem Bankgeheimnis gemäß § 38 Abs. 2 Z5 und Z6 BWG.

Infolge der erteilten Vollmacht entbinden wir Gesellschaften dem Bevollmächtigten gegenüber von Ihrer Verschwiegenheitspflicht sowie vom Bankgeheimnis gemäß § 38 Abs. 2 Z5 und Z6 BWG.

Die Vollmacht wirkt ab sofort, kann durch schriftliche Mitteilung jederzeit widerrufen werden und geht auf beidseitige Rechtsnachfolger über.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers