

# MAKLERVOLLMACHT

Frau / Herrn / Familie / Firma

.....  
.....  
.....

nachfolgend – **Mandant** – genannt, erteilt hiermit der **Assekuranz Kriebel, Felsenstr. 17 in 66994 Dahn** und einem eventuellen Rechtsnachfolger die Vollmacht in seinem Namen:

- Versicherungs-/ Bauspar-/ Finanzierungsverträge abzuschließen, zu ändern oder zu kündigen,
- Erklärungen zu Versicherungsverträgen abzugeben oder entgegenzunehmen,
- bei der Schadensabwicklung für vom Versicherungsmakler vermittelte oder betreute Verträge mitzuwirken,
- Zahlungen aus Abrechnungen oder Schadensabwicklungen entgegenzunehmen,
- Auskünfte bei Sozialversicherungsträgern einzuholen und
- Untervollmachten auszustellen.
- Erteilungen und Widerrufe von SEPA-Lastschriftmandaten durchzuführen.
- Erteilung und Widerrufe von Einwilligungen zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, von Schweigepflichtentbindungserklärungen, sowie das Auskunftsbegehren über gespeicherte und verwendete Daten durchzuführen

Diese Maklervollmacht wird nur **nach Rücksprache** mit dem Mandanten verwendet.  
Die Maklervollmacht des Mandanten ist bis zum Widerruf gültig.

***Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt der Mandant die Maklervollmacht.***

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Mandanten

Ergänzende Hinweise

Vereinbarungen zur gesetzlichen und vertraglichen Rechtsnachfolge sind zulässig und können im Einzelfall ergänzt werden.