

## V O L L M A C H T

Vollmachtgeber:

(Firmenstempel)

Ich (wir) bevollmächtigen die

### STYRIAWEST

Styriawest

Versicherungsmakler und Schadenservice GmbH und Co KG

Hauptplatz 1

8530 Deutschlandsberg

im Rahmen der Gewerbeberechtigung „Berater in Versicherungsangelegenheiten“ und „Versicherungsmakler“ zur Vornahme folgender Tätigkeiten in unserem Namen:

- ⇒ Einholung und Entgegennahme von Informationen hinsichtlich der Schadenbelastung (Schadensätze) bei Versicherern
- ⇒ Anforderung und Entgegennahme von Antrags- und Polizzenausfertigungen
- ⇒ Einholung und Entgegennahme von Versicherungsangeboten

Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers: