

AUSKUNFTSVOLLMACHT

Vollmachtgeber:

Name:		Beruf:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:	E-Mail:
Straße, Hausnr.:		PLZ:
		Wohnort:

Ich (wir) bevollmächtige(n) die

VM Niederl GmbH
Simm. Hauptstr. 136-140 /1/ R01
1110 Wien
Tel. 01/27 00 693 ; E-Mail: office@niederl.cc

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift