

# AUSKUNFTSVOLLMACHT



**PETER  
KLOIBER**

VERSICHERUNGSMAKLER

A-3500 Krems | Seilerweg 4

☎ +43 (0) 2732/73 324

✉ office@peterkloiber.at

Klient/-in

Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit bevollmächtige ich das **Versicherungsbüro Peter Kloiber**, Seilerweg 4, 3500 Krems/Donau, zur Einholung von Auskünften zu meinen Versicherungsangelegenheiten.

Diese Vollmacht umfasst insbesondere

- die Einholung von Informationen über meine bestehenden Versicherungsverträge
- die unverbindliche Anforderung der vom Versicherer oder Dritten bereits übergebenen Unterlagen (insbesondere Vertragsinformationen, Bedingungen)

Hiermit willige ich ein, dass meine geschützten personenbezogenen Daten an den Makler übermittelt werden und dieser sie nutzen, speichern und verarbeiten darf.

Gegenstand dieser Vollmacht ist nicht die Betreuung oder die Vertretung in meinen persönlichen Finanz- und Versicherungsangelegenheiten.

Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Klient/-in