

Nachname Vorname  
Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf!  
Waidhofen, am Datum

# GENERALVOLLMACHT

dient zur Vorlage für Versicherungen, Banken, Bausparkassen, Leasingunternehmen,  
Zulassungsstellen, Ämtern, Behörden einschließlich Polizei, Gerichten und Finanzämtern

Ich (wir) bevollmächtige(n) die: **WALDVIERTEL CONSULT (kurz W4C)**  
Versicherungs- und Finanzservice GmbH  
3830 Waidhofen/Thaya, Böhmngasse 33

sowie dessen Vertreter und Gehilfen mich (uns), gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig, in allen Versicherungsangelegenheiten zu vertreten und/oder als mein Vermögensberater im nachfolgend beschriebenen Umfang für mich (uns) tätig zu werden, Versicherungsverträge zu verwalten und zu betreuen, alle notwendigen und nützlichen Vereinbarungen mit Versicherungsunternehmen zu treffen, insbesondere

- ✓ Ab- und Anmeldungen von KFZ durchzuführen.
- ✓ Neu- und Nachversicherungen abzuschließen.
- ✓ Kündigungen in meinem Namen auszusprechen.
- ✓ Anzeigen und Erklärungen an meiner statt entgegenzunehmen.
- ✓ Anzeigen und Erklärungen gegen den Versicherer abzugeben.
- ✓ Inkasso von Prämien, sowie von Entschädigungen vorzunehmen; und jegliche Schäden für mich abzuwickeln.
- ✓ Informationen von Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen
- ✓ in Behördenakte, Protokolle, medizinische Unterlagen-, Gutachten (auch medizinische Gutachten) und Krankengeschichten Einsicht zu nehmen und von diesen Kopien anfertigen zu lassen.
- ✓ Im Zusammenhang mit einer beauftragten Kreditvermittlung entbindet der Vollmachtgeber Banken gegenüber WALDVIERTEL CONSULT und seinen Substituten gemäß § 38 (2) Ziff. 5 BWG vom Bankgeheimnis und ermächtigt sie, zur Abwicklung des Kreditgeschäftes erforderliche Daten weiterzugeben und Kopien von sämtlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen bzw. einzusehen.
- ✓ Meinen Versicherungsdatenauszug und meine SIP-Pensionsberechnung entgegenzunehmen.
- ✓ Unterbevollmächtigten zu bestellen.
- ✓ den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und mein/unser Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.
- ✓ Sämtlicher Schriftverkehr ist ausschließlich an den Bevollmächtigten zu richten, ausgenommen Prämienvorschreibungen.

WALDVIERTEL CONSULT  
Versicherungs- und Finanzservice GmbH  
Böhmngasse 33, A-3830 Waidhofen / Thaya  
T: +43 2842 51290-0  
F: +43 2842 51290-15  
E: office@waldviertelconsult.at  
W: www.waldviertelconsult.at

Bankverbindung: Raiba Waidhofen/Thaya  
IBAN: AT77 3290 4000 0000 4556 BIC: RLNWATWWWTH

Firmenbuch-Nr.: FN 136756 m UID-Nr.: ATU 56647622 Steuer-Nr.: 25 108/8931 DVR-Nr.: 0840971  
GISA Zahlen: 14346545 (Versicherungsmakler) 29317882 (Vermögensberater) / VGV mit der  
Berechtigung nach § 1 Z 20 Wertpapieraufsichtsgesetz und Berechtigung zur Tätigkeit als  
ungebundene Kreditvermittlerin

Einwilligung in die Verarbeitung von personenbezogenen und gesundheits- Daten:

- ✓ Die W4C wird ermächtigt, eine Zustimmung zur Verwendung meiner (unserer) Daten zu erteilen.
- ✓ In diesem Zusammenhang nehme ich ausdrücklich zur Kenntnis, dass es im Zuge der Durchführung des Auftrages bzw. mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen der W4C zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt.
- ✓ Hiermit stimme ich ausdrücklich zu, dass die W4C meine personenbezogenen Gesundheitsdaten, wie etwa meine gesamte Krankengeschichte, zum Zwecke der Vertragserfüllung und speziell zur Schadensabwicklung (z.B. zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes) erfasst und verarbeitet.
- ✓ Ebenfalls stimme ich ausdrücklich zu, dass die verarbeiteten Daten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung auch an Dritte, und zwar insbesondere an Versicherungsunternehmen durch die W4C weitergegeben werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ich (wir) stimme(n) ausdrücklich zu, dass von Seiten des Versicherers sämtliche Daten, die mit den von mir (uns) beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen in Zusammenhang stehen, oben genanntem Versicherungsbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

**Vollmachtgeber:**      **Nachname Vorname**  
                                 **Straße**  
                                 **PLZ Ort**

**Geboren am:**            **Geburtsdatum**

---

Unterschrift Vollmachtgeber