



WALDVIERTEL CONSULT

# Generalvollmacht

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

**Bevollmächtigte:** **WALDVIERTEL CONSULT**  
Versicherungs- und Finanzservice GmbH  
Böhmgasse 33  
3830 Waidhofen/Thaya

Reg. beim HG Krems/ Donau unter Firmenbuch-Nr.: FN 136756 m UID-Nr.: ATU 56647622  
Steuer-Nr.: 25 108/8931 DVR-Nr.: 0840971 GISA Zahlen: 14346545 (Versicherungsmakler)

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler,  
gemäß den einschlägigen, gesetzlichen Bestimmungen, unter Grundlage der allgemeinen  
Geschäftsbedingungen der WALDVIERTEL CONSULT Versicherungs- und Finanzservice GmbH rechtsgültig

Die Bevollmächtigte sowie dessen Vertreter und Gehilfen wird gemäß den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen rechtsgültig in folgenden Punkten bevollmächtigt.

- ✓ Ab- und Anmeldung beim zuständigen Amt
- ✓ Abschluss von Neu- und Nachversicherungen
- ✓ Kündigung von Verträgen
- ✓ 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 medizinisch), 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
- ✓ Der Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und mein Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen
- ✓ Sämtlicher Schriftverkehr ist ausschließlich an den Bevollmächtigten zu richten, ausgenommen Prämienvorschreibungen

WALDVIERTEL CONSULT  
Versicherungs- und Finanzservice GmbH  
Böhmgasse 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.:  
GISA Zahlen: 14346545 (Versicherungsmakler) 29317882 (Vermögensberater) / VGV mit de  
Berechtigung nach § 1 Z 20 Wertpapieraufsichtsgesetz und Berechtigung zur Tätigkeit als  
ungebundene Kreditvermittlerin

IGV  AUSTRIA  
DIE FÜHRENDEN VERSICHERUNGSMAKLER



Wo wir sind, ist oben.

## Einwilligung in die Verarbeitung von **personenbezogenen und gesundheits- Daten**

- ✓ Die W4C wird ermächtigt, eine Zustimmung zur Verwendung meiner 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 stimme ausdrücklich zu, dass von Seiten des Versicherers sämtliche Daten, die mit den von mir beantragten oder abgeschlossenen privaten und geschäftlichen Versicherungen in Zusammenhang stehen, oben genanntem Versicherungsbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

## Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf!

### Vollmachtgeber:

**Vor- und Zuname:**

**Adresse:**

**Geboren am:**

**Beruf:**

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber