

**Vollmacht für Versicherungsmakler und  
Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Versicherungsmaklervertrag**

Name/Firma:

Adresse:

Tel:

Mail:

Geb.:

Beruf:

Info:

**easyfinanz**

IHR VERSICHERUNGSMAKLER  
DIE BESTE VERSICHERUNG 

Versicherungsmaklerin:

***Birgit Strini***

GISA-R. Zahl 10200001

A- 8382 Mogersdorf,  
Nr.53

+43 664 1518726,  
[info@birgit-strini.at](mailto:info@birgit-strini.at)

Ich beauftrage hiermit o.a. Versicherungsmakler, unter Zugrundelegung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen Versicherungsverträge zu vermitteln. Die aktuellen Geschäftsbedingungen (AGB´s) inkl. Datenschutzhinweise sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Versicherungsvermittlung umfasst insbesondere die Vorbereitung und den Abschluss von Versicherungsverträgen sowie die Mitwirkung bei der Verwaltung und Erfüllung, insbesondere im Schadensfall, weiters die Vermittlung von Bausparverträgen. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB´s) gelesen und verstanden zu haben und damit einverstanden zu sein.

Damit der Versicherungsmakler seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllen kann, bevollmächtige ich ihn im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten zu meiner (unserer) umfassenden Vertretung und mit der Wahrnehmung meiner (unserer) Interessen in allen Versicherungs- und Schadensangelegenheiten sowie in allen sonstigen Angelegenheiten, zu deren Erledigung der Versicherungsmakler auf Grundlage der Gewerbeberechtigung befugt ist, so insbesondere auch zur Vertretung und Interessenswahrnehmung im Rahmen des Abschlusses und der laufenden Betreuung von Bausparverträgen. Ferner umfasst diese Vollmacht das Recht zur Bestellung von Unterbevollmächtigten. Die Bevollmächtigung gilt insb. gegenüber allen natürlichen und juristischen Personen, Behörden, Ämtern, Gerichten, Einrichtungen zur außergerichtlichen Streitbeilegung, Steuerberatern, Leasingunternehmen, Banken, Kreditinstituten und Bausparkassen und sonstigen Rechtsträgern.

Insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, in Aktenunterlagen, Protokolle, Gutachten, Krankengeschichten und Urteile Einsicht zu nehmen und daraus Kopien anzufertigen, rechtsverbindlich für mich (uns) Vertragserklärungen abzugeben, insbesondere Kündigungen und Vertragsabschlüsse vorzunehmen, Vergleiche abzuschließen, Zustellungen sowie Versicherungs- und sonstige Urkunden entgegenzunehmen, Ab-, An- und Ummeldungen von Kfz durchzuführen, sämtliche Versicherungsverträge anzufordern, zu überprüfen und sämtliche Verhandlungen mit Versicherern durchzuführen, jegliche Schäden mit Versicherern abzuwickeln und auch bestehende Vollmachten sowie Verträge mit anderen Versicherungsmaklern zu kündigen. Soweit sensible Daten, wie etwa die Krankengeschichte vom Verarbeitungsvorgang betroffen sind, erfolgt eine Verarbeitung und/oder Weitergabe dieser Daten jedoch nur dann, wenn ich eine Einwilligung dazu erteilt habe oder eine Rechtfertigung nach Art. 9 Abs. 2 bis 4 DSGVO vorliegt.

In diesem Zusammenhang nehme ich ausdrücklich zur Kenntnis, dass es im Zuge der Durchführung des Auftrages bzw. mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen des o.a. Versicherungsmakler zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt.

Näheres dazu und insbesondere über meine Rechte nach der DSGVO, kann ich dem ausgehändigten und von mir zur Kenntnis genommenen Informationsblatt „Datenschutzerklärung“ entnehmen.

Der o.a. Versicherungsmakler wird zu den oben genannten Zwecken weiters bevollmächtigt eine Zustimmung zur Verwendung meiner/unsere personbezogenen Daten zu erteilen, soweit die Verarbeitung meiner personbezogenen Daten durch einen Dritten für die gegenständliche Vertragserfüllung notwendig ist, berechnete Interessen dafür gegeben sind, oder dies durch eine Rechtsgrundlage ausdrücklich gedeckt ist und soweit keine sensiblen Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO betroffen sind.

Ich bevollmächtige o.a. Versicherungsmakler ausdrücklich weiters zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insb. zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation.

Der Bevollmächtigte ist insb. weiters zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Formvorschriften, v.a. von Schriftformvereinbarungen i.S.d. § 5a Abs 2 und § 15a Abs 2 VersVG berechnete.

Der o.a. Versicherungsmakler wird bevollmächtigt den Versicherer zu ermächtigen, Zahlungen von meinem/unsere Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen und mein/unsere Kreditinstitut anzuweisen, die vom Versicherer auf mein/unsere Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Der Bevollmächtigte ist berechnete, zur Durchführung der oben genannten Agenden Stellvertreter und Unterbevollmächtigte seiner Wahl mit gleicher oder minder ausgestatteter Vollmacht zu bestellen.

Diese Bevollmächtigung geht auf die beiderseitigen Rechtsnachfolger über und erlischt durch entsprechende schriftliche Mitteilung des Vollmachtgebers oder durch Zurücklegung durch den Bevollmächtigten.

Mit der Erteilung dieser Vollmacht widerrufe(n) ich (wir) jede bisher erteilte Vollmacht zur Vertretung in Versicherungsangelegenheiten.

Eine Kopie dieser Maklervollmacht/dieses Maklervertrages inkl. der Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Versicherungsmakler (AGB-Vers Makler) inkl. der allgemeinen Datenschutzerklärung wurde mir (uns) ausgehändigt und wird von mir (uns) akzeptiert.

Ort: \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_ (Unterschrift Kunde) \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_ (Unterschrift Makler) \_\_\_\_\_

#### **Einwilligungserklärungen bezüglich der Verarbeitung sensibler personbezogener Daten:**

Hiermit **stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten** zum Zwecke der Erfüllung des von Ihnen mir erteilten Auftrages zur Beurteilung und zum Abschluss des Versicherungsschutzes **erfasst und verarbeitet werden.**

Ebenfalls **stimme ich ausdrücklich zu**, dass die verarbeiteten Gesundheitsdaten im Rahmen der gegenständlichen Vertragserfüllung und zur ausschließlichen Risikoprüfung eines Versicherungs- An- bzw. Vertrages **an Versicherungsunternehmen weitergegeben werden.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**

Ort: \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_ (Unterschrift Betroffener) \_\_\_\_\_