

SCHADENSMELDUNG

Versicherungsnehmer:in _____
Tel. Versicherungsnehmer:in _____
Polizzenummer _____
Schadendatum _____
Schadenort _____
betroffene Sachen _____

Schadenhergang

(bitte möglichst detailliert angeben)

Ort / Datum

X _____
Unterschrift Versicherungsnehmer:in

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Name _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____

die Versicherungsagentur

INVO GmbH | Linzerstraße 17 | 4100 Ottensheim IGISA 37420147 | Hrn. Eduard Weber

im Rahmen der Gewerbeberechtigung für Versicherungsagenten zu meiner Vertretung in Versicherungsangelegenheiten.

Die Vollmacht umfasst, soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter:innen eingegriffen wird, folgende Punkte

- Schadenangelegenheiten regulieren
- Vertragsaukünfte bei Versicherungen und Bausparkassen einholen

Diese Vollmachtsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gelöst werden.

Ort / Datum

X _____
Unterschrift Vollmachtgeber:in