

Maklervollmacht

Hiermit erteile ich

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name bzw. Unternehmen	Geburtsdatum	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

nachfolgend „Vollmachtgeber“ genannt,

der MLP Finanzberatung SE
Alte Heerstraße 40, 69168 Wiesloch

oder ihrer Rechtsnachfolgerin die Vollmacht, in meinem Namen

1. Versicherungsverträge abzuschließen, zu ändern oder zu kündigen. Die Vollmacht zur Kündigung und zum Abschluss von Versicherungsverträgen gilt nicht für Krankenversicherungs-, Lebens- und Rentenversicherungsverträge. Zur Kündigung und zum Abschluss solcher Verträge bedarf es stets einer schriftlichen Willenserklärung des Kunden.
2. Erklärungen, Anzeigen und Informationen zu Versicherungsverträgen abzugeben oder entgegenzunehmen.
3. SEPA-Lastschriftmandate zu erteilen und zu widerrufen. Die Vollmacht, SEPA-Lastschriftmandate zu erteilen und zu widerrufen gilt nicht für Krankenversicherungs-, Lebens- und Rentenversicherungsverträge.*
4. bei der Schadensabwicklung für vom Versicherungsmakler vermittelte oder betreute Versicherungen mitzuwirken.
5. Auskünfte bei Sozialversicherungsträgern einzuholen.
6. folgende Einwilligungen nach Bundesdatenschutzgesetz bei Abschlüssen von Versicherungsverträgen gemäß Ziffer 1 zu erklären, sofern diese von den Versicherungsgesellschaften verlangt werden:

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Gruppe des Versicherers meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Vollmachtgeber

* Die Bevollmächtigung zu den mit Sternchen gekennzeichneten Sätzen ist zur Vertragserfüllung nicht zwingend erforderlich und kann gestrichen werden. In diesem Fall wird eine Einzelzustimmung in jedem Fall eingefordert.