

# Vollmacht zur Auskunft

Stand 01/2026

für Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

## VOLLMACHTGEBER

Name:  
Straße:  
PLZ-Ort:  
Geb.Dat.:  
Beruf:

## BEVOLLMÄCHTIGT WIRD:

Firma: LASCHETINVEST  
Versicherungsmakler GmbH  
Straße: Sparkassenplatz 1/2  
PLZ-Ort: 7551 Stegersbach  
Tel. Firma: +43 3326 / 52468

Hiermit bevollmächtige ich den Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten sowie dessen Vertreter und Gehilfen, zur Auskunftseinholung bei sämtlichen Versicherungsgesellschaften, Banken, Behörden und sonstigen Instituten.

Insbesondere gilt diese Vollmacht zur Einholung von aktuellen Bestandsauskünften, offenen Schäden, Schadenrendements, Aktenunterlagen und Protokollen.

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 Maklerbüro zugänglich gemacht bzw. Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

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.

Diese Vollmacht ist zeitlich unbegrenzt und gilt bis auf Widerruf.

Ort / Datum

Unterschrift Kunde