


# MAKLERVOLLMACHT

Frau / Herr / Firma

bevollmächtigt

 **dr.ploetner** Assekuranz Kontor GmbH

zur Regelung seiner / ihrer Versicherungsverhältnisse sowie zur Beschaffung des erforderlichen Versicherungsschutzes.

Diese Maklervollmacht umfasst insbesondere

1. die uneingeschränkte aktive und passive Vertretung des Auftraggebers gegenüber den jeweiligen Versicherern einschließlich der Abgabe aller die Versicherungsverträge betreffenden Willenserklärungen und Anzeigen,
2. die Kündigung bestehender und den Abschluss neuer Versicherungsverträge,
3. die Geltendmachung der Versicherungsleistungen aus den von dem Versicherungsmakler vermittelten bzw. betreuten Versicherungsverhältnissen sowie die sonstige Mitwirkung bei der Schadenregulierung,

Die gesamte Korrespondenz des Versicherers ist mit dem Versicherungsnehmer im Original und mit dem Makler in Kopie zu führen. Der Makler ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Vollmacht ist zeitlich nicht befristet und kann vom Auftraggeber jederzeit widerrufen werden. Eine Kopie des Versicherungsmaklervertrages wurde ausgehändigt.

Ort, Datum

---

- Auftraggeber -

**Dr. Ploetner Assekuranz Kontor GmbH**  
Gärtnerstr. 5  
74189 Weinsberg  
Telefon ++49 - (0)700 – 75738637  
Telefax ++49 - (0)700 – 75738329  
Email mail@dr-ploetner.de

Unternehmenssitz: Weinsberg  
Geschäftsführer Heribert Dorfmeister  
Handelsregister Stuttgart (HRB 724943)  
Vermittlerregisternummer: D-CW0J-CY5NE-96