

## Vollmacht für Vertragsauskünfte

Auftraggeber:

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir die Firma

**afm assekuranz-finanz-makler GmbH**  
**Kaiser-Wilhelm-Straße 9**  
**20355 Hamburg**  
**Tel. 040 532886-0**  
**Fax 040 532886-111**

bei den einzelnen Versicherungsgesellschaften Informationen über meine/unsere Versicherungs-  
verträge einzuholen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber