



## VOLLMACHT / AUFTRAG

Az.: \_\_\_\_\_ ./.

**Vollmacht für:** Die ‚SOCIALSOLVENT GmbH‘ – vertr. d. d. geschäftsführende Gesellschafterin Frau Dipl. Ing. M. Claudia Nistor, Sitz und Registergericht: Hannover; HRB: 209110

**Unsere Anschrift:** Marienstraße 32, 30171 Hannover; Telefon: 0511/850 304 – 72; Telefax: 0511/850 304 – 69; EMail: [kontakt@socialsolvent.de](mailto:kontakt@socialsolvent.de); Internet: [www.socialsolvent.de](http://www.socialsolvent.de)

Sie bevollmächtigen uns auch über den Tod hinaus, insbesondere gilt dies **für folgende Befugnisse:**

- Wir erledigen für Sie geschäftsmäßige Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten des gesamten Versicherungs- und Sozialrechts einschließlich der Rechtsberatung und Prüfung der Sache als Versicherungs- sowie Rentenberater nach den vorgenannten Bestimmungen und behördlichen Registrierungen.
- Sie bevollmächtigen uns Geld, Wertsachen, Policen und der vom Gegner oder anderen Stellen zu erstattenden Kosten und (Versicherungs-) Leistungen entgegenzunehmen.
- Soweit es der Ermittlung und Prüfung der Ansprüche dienlich ist, werden alle zur Verschwiegenheit verpflichteten Stellen, insbesondere Versicherer, die Anspruchsgegner und alle behandelnden Ärzte, die Sie bisher untersucht und behandelt haben, für jetzt und die Zukunft von ihrer Schweigepflicht gegenüber uns entbunden. Diese Entbindung gilt auch für alle künftigen Untersuchungen und Behandlungen. Sie gestatten uns die vollumfängliche Einsichtnahme in ärztliche Befunde, Berichte, Analysen und Gutachten sowie sonstige Unterlagen; § 203 StGB.
- Sie erlauben uns die Übertragung der Vollmacht auf andere, auch als Prozessvollmacht. Kostenerstattungsansprüche und sonstige Ihrer Ansprüche ggü. dem Gegner oder anderen erstattungspflichtigen Dritten werden in Höhe unserer Kostenansprüche abgetreten. Wir sind berechtigt, dies ggü. dem Dritten anzuzeigen. Mehrere Auftraggeber haften gesamtschuldnerisch. Sie erklären, dass die ihm zu entrichtenden Gelder legal erworben oder erwirtschaftet wurden; §§ 81ff. ZPO, §§ 138, 302, 374 StPO sowie gem. § 67 VwGO.
- Sie erlauben uns die Entgegennahme von Zustellungen, Einlegung und Rücknahme von Rechtsmitteln sowie Verzicht auf solche.
- Sie erlauben uns die Erledigung des geführten Versicherungs- und/oder Sozialrechtsverfahrens durch Abschluss eines Vergleichs, Erklärung des Verzichts oder auch des Anerkenntnisses.



- Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV-Anlage hinterlegt und für die Dauer der Mandatierung und in gesetzlich verlangtem Maße auch darüber hinaus gespeichert werden.
- In Ihrem Auftrag können wir Anträge, Anfragen beim Versicherer/Makler/Vermittlern stellen.
- Unsere Leistung wird in unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) beschrieben. Diese erhalten Sie mit dieser Vollmacht.
- Wir rechnen unsere Gebühren streitwertabhängig nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz RVG und/oder nach der mit Ihnen getroffenen Gebührenvereinbarung ab.
- Eine Kopie der handschriftlich unterzeichneten Vollmachturkunde haben Sie erhalten, bzw. selbst eine Kopie nach geleisteter Unterschrift angefertigt.


Wir sind als Versicherungsberater und Rentenberater zugelassen und registriert durch:

Die IHK Hannover – Versicherungsvermittlerregister-Nr.: D-HLTY-4J8UB-96; Aufsichtsbehörde: Der Präsident der IHK Hannover sowie durch

das Amtsgericht Hannover: AZ.: 13 S 228; Aufsichtsbehörde: Der Direktor des AG Hannover; (§ 34 e GewO); (§§ 10 Abs. 1 Nr. 2; 12 Abs. 3, 4 RDG).

<b>Name:</b>	<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Anschrift:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>

<b>In Sachen:</b>	./.
<b>Versicherer:</b>	<b>VersicherungsNr.:</b>

Ich entbinde überdies die SOCIALSOLVENT GmbH von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem Versicherungsvermittler (optional).  

Datum

Unterschrift