

1

Vollmachtgeber (Aktionär)

Vorname, Familienname / Firmenname

Anschrift

Geburtsdatum, Registernr.

Depotnummer

Kreditinstitut

2

Vollmachtswiderruf

Allgemein

Ich / Wir widerrufe(n) die Vollmacht an nachstehend genannte Person zur Ausübung der Rechte, welche sich aus der ursprünglichen Vollmacht ergeben.

Vorname, Familienname / Firmenname

Anschrift

Geburtsdatum, Registernr.

Widerruf an den von der Gesellschaft namhaft gemachten unabhängigen Stimmrechtsvertreter

Ich / Wir widerrufe(n) die Vollmacht an Herrn Dr. Michael Knap c/o IVA-Interessenverband für Anleger, Feldmühlgasse 22/4, 1130 Wien zur weisungsgebundenen Stimmrechtsausübung.

3

Datum

Unterschrift / firmenmäßige Zeichnung

ggf. Unterschrift aller Mitinhaber

Bitte ausgefüllt zurücksenden bis 5. Mai 2011, 15:00 Uhr (MESZ)

- per **Post** an VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe, Abt.VD100, zu Händen Frau Mag. (FH) Sabine Stiller, Schottenring 30, 1010 Wien
- per **Fax** an +43 (0)1 8900 500 60

Oder Vorlage am Tag der Hauptversammlung bei der Registrierung.