

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 den IVA-Interessenverband für Anleger (Austrian Shareholder Association), Feldmühlgasse 22, 1130 Wien, zur weisungsgebundenen Stimmrechtsausübung.

3

Datum

Unterschrift / firmenmäßige Zeichnung

ggf. Unterschrift aller Mitinhaber

Bitte ausgefüllt zurücksenden bis 11. Mai 2017, 15:00 Uhr (MESZ)

- per **Post**: VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe
Abt. VD100, zHd Frau Mag. (FH) Sabine Stiller, Schottenring 30, 1010 Wien
- per **Telefax**: +43 (0) 1 89 00 500-60
- per **E-Mail**: anmeldung.vig@hauptversammlung.at (als eingescannter Anhang – TIF, PDF, etc.)
- per **SWIFT**: GIBAAWGGMS
Message Type MT598; unbedingt ISIN AT0000908504 im Text angeben

oder Vorlage am Tag der Hauptversammlung bei der Registrierung.