

Sehr geehrte/r Kundin/Kunde,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Verkauf einer Lebensversicherung.

Die Partner in Life S.A. ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Luxemburg. Seit Unternehmensgründung im Jahr 2001 haben wir bereits mehr als 30.000 Versicherungspolice mit einem Gesamtvolumen von 2,5 Milliarden Euro bewertet, angekauft, oder für unsere Klienten fortgeführt beziehungsweise optimiert.

Um auch Ihnen ein Angebot unterbreiten zu können, benötigen wir einige Vertragswerte, die wir für Sie bei der Versicherungsgesellschaft anfragen. Die hierzu **erforderliche Vollmacht** finden Sie im Anhang dieser E-Mail. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt und ausschließlich für die Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet.

Bitte füllen Sie die Vollmacht vollständig aus und senden uns diese unterschrieben zurück. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

Per E-Mail an: info@partnerinlife.com

Per Fax an: 00352 269 492-41

Per Post an: Partner in Life S.A.

Scanbox # 01061

Ehrenberg 16a

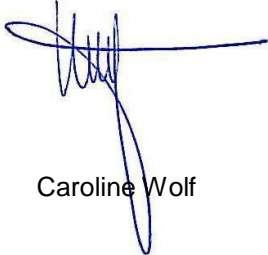
10245 Berlin

Nach Eingang der Vollmacht werden wir umgehend die entsprechenden Daten bei Ihrer Versicherungsgesellschaft anfragen. Sollten Ihnen bereits aktuelle Wertauskünfte Ihres Versicherers vorliegen senden Sie uns diese bitte per Fax oder Email zu.

Bei Rückfragen können Sie sich selbstverständlich gerne an uns wenden. Sie erreichen uns unter der **kostenlosen Rufnummer 0800 – 26 94 92 0**.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Partner in Life S.A.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Caroline Wolf', with a long horizontal stroke extending to the right.

Caroline Wolf

Vollmacht zur Anfrage von Vertragswerten

Hiermit erteile/n ich/wir in meiner/unser Eigenschaft als Versicherungsnehmer

Vorname / Name

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Tel. Nr.

E-Mail Adresse:

der **Partner in Life S.A.** / 9, rue Goell / 5326 Contern / Luxembourg (nachfolgend Bevollmächtigte genannt) die Vollmacht, alle vertrags- und personenbezogene Daten anzufragen. Gleichzeitig erteile ich hiermit den bezeichneten Versicherungsgesellschaft/en die Erlaubnis, die angefragten Daten unmittelbar der Bevollmächtigten zuzuleiten.

Die Vollmacht erfasst ausschließlich die folgenden kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen:

Versicherungsunternehmen:

Versicherungsnummer:

Vertrag Nr.1

Vertrag Nr.2

Vertrag Nr.3

Es handelt sich insbesondere, jedoch nicht ausschließlich, um folgende Daten:

- **Persönliche Daten** (z. B. Name, Anschrift, Alter) mit Ausnahme solcher Daten, die meine gesundheitlichen Verhältnisse (Gesundheitsprüfung) betreffen
- **Vertragsbezogene Daten** (z. B. Beginn u. Ablauf des Vertrages, Rückkaufswert und Ablaufleistung sowie deren Bestandteile, Beitragshöhe und Zahlweise, Zusatzversicherungen
- sämtliche **weiteren Daten**, die von Partner in Life S.A. zur Angebotserstellung angefordert werden

Zugleich ermächtige/n ich/wir die Bevollmächtigte bis auf Widerruf, die ihr seitens der Versicherung übersandten Daten zu speichern und zu nutzen. Diese Vollmacht gilt unabhängig davon, ob ich/wir mich/uns im In- oder Ausland aufhalte/n (vgl. § 12 Abs. 3 ALB 86; § 13 Abs. 4 ALB 94).

Mit meiner Unterschrift gehe ich keinerlei sonstige Verpflichtungen ein.

Ort/Datum

Unterschrift