

Sehr geehrte/r Vertriebspartner/in,

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 Ihren Kunden 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 die Daten vertraulich behandelt und ausschließlich für die Bearbeitung dieser Anfrage verwendet.

Bitte füllen Sie die Vollmacht vollständig aus und lassen Sie vom Versicherungsnehmer unterzeichnen. Zusammen mit dem Begleitschreiben senden Sie uns die Vollmacht bitte zurück. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

Per E-Mail an: info@partnerinlife.com

Per Post an: Partner in Life S.A.
9, rue Goell
5326 Contern
Luxembourg

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.

Begleitschreiben zur Vollmacht

Empfänger:

Partner in Life S.A.

9, rue Goell

5326 Contern

Luxembourg

info@partnerinlife.com

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt erhalten Sie die Vollmacht zur Anfrage von Vertragswerten zu folgendem Kunden:

Vorname, Name des Kunden:

Meine Vermittler Nr. lautet:

Bei Rückfragen kontaktieren Sie mich bitte per:

Email: _____@_____

Tel.: _____

Mit freundlichen Grüßen

Name des Vermittlers

Datum, Unterschrift des Vermittlers

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, Rückkaufwert 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