

Sehr geehrte/r Vertriebspartner/in,

wir danken Ihnen für Ihre Anfrage und das damit verbundene Interesse an einer Bewertung einer Lebensversicherung.

Gerne erstellen wir ein **Wertgutachten zum Preis von 125 EUR pro Police**. Weitere Kosten und vertragliche Bindungen bestehen nicht.

Um eine Police bewerten zu können, benötigen wir die aktuellen Vertragswerte vom Versicherungsunternehmen. In der Anlage haben wir dafür eine entsprechende Vollmacht vorbereitet.

Die Vertragsanalyse beginnt, sobald die beigefügte Vollmacht sowie der Betrag gem. der beigefügten Bestellbestätigung bei uns eingegangen sind.

**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](mailto: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 des 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](mailto: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



Partner in Life S.A. • 9, rue Goell • L-5326 Contern

Es schreibt Ihnen  
Partner in Life S.A.

Telefon  
(+352) 269 492

E-Mail  
info@partnerinlife.com

Datum

### Bestätigung des Auftrages Zum Verbleib beim Auftraggeber

Sehr geehrte(r) \_\_\_\_\_,

vielen Dank für Ihren Auftrag. Die Analyse beginnt, sobald die Vollmacht sowie die Schutzgebühr bei Partner in Life S.A. eingegangen sind.

Ihr Auftrag umfasst folgende Positionen:

Pos	Art-Nr.	Bezeichnung	Stückzahl	Einzelpreis	Betrag
1		Vertragsanalyse		€ 9,0	€
				Nettobetrag	€
				Umsatzsteuer 19 %	€
				<b>Rechnungsbetrag</b>	<b>€</b>

Wir bitten um Überweisung des Rechnungsbetrages auf folgendes Konto:

Partner in Life S.A.

Bank: LBBW Stuttgart

IBAN: DE56 6005 0101 0004 5502 88

BIC: SOLADEST

Mit freundlichen Grüßen

Partner in Life S.A.

Partner in Life S.A. • 9, rue Goell • L-5326 Contern  
Tel. (+352) 269 492 • Email [info@partnerinlife.com](mailto:info@partnerinlife.com) • [www.partnerinlife.com](http://www.partnerinlife.com)  
Handelsregister Luxembourg R.C. Nr. B 84256  
Bank: LBBW Stuttgart • DE56 6005 0101 0004 5502 88 • BIC SOLADEST