

Vollmacht / Ermächtigung

Hiermit ermächtige ich,

Vorname / Name

Anschrift

in meiner Eigenschaft als **Versicherungsnehmer** der nachfolgend bezeichneten Versicherungspolice bei der...

Versicherungsgesellschaft:

mit der Versicherungsvertragsnummer:

die **Partner in Life S.A. / 9, rue Goell / 5326 Contern / Luxembourg** (nachfolgend Bevollmächtigte genannt)

vertrags- und personenbezogene Daten anzufragen. Gleichzeitig erteile ich hiermit der oben bezeichneten Versicherungsgesellschaft die Erlaubnis, die angefragten Daten unmittelbar, aber auch ausschließlich dem Bevollmächtigten zuzuleiten.

Es handelt sich insbesondere um folgende Daten,

- die aktuelle garantierte und prognostizierte Ablaufleistung (ggf. auch in Form der Modelrechnung gem. §155 VVG),
- das Datum des Ablaufes sowie den Beginn einer etwaigen Abrufoption,
- das Datum des Vertragsabschlusses
- die aktuelle Todesfalleistung bei Ableben der versicherten Person,
- die Summe der bis zum Stichtag (siehe unten) gezahlten bzw. noch zu zahlenden Beiträge,
- die aktuelle Zahlweise sowie den zugehörigen Beitrag zu erfahren.
- Ferner erstreckt sich diese Vollmacht, auf die Mitteilung des aktuellen Rückkaufswertes sowie des Rückkaufswertes zum

01. / / (Stichtag).

Zugleich ermächtige ich die Bevollmächtigte bis auf Widerruf, die ihr seitens der Versicherung übersandten Daten zu speichern und zu nutzen, sowie diese im Kundeninteresse den Kooperationspartnern der Partner in Life S.A. und/oder als Ankäufer in Frage kommenden Investoren zur Verfügung zu stellen.

Diese Vollmacht gilt unabhängig davon, ob ich mich im In- oder Ausland aufhalte (vgl. § 12 Abs. 3 ALB 86; § 13 Abs. 4 ALB 94).

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person