

Angebot für meine Renten- bzw. Kapitallebensversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin an einer Übernahme meiner Versicherungspolice durch die amp GmbH interessiert und bitte Sie deshalb um Zusendung eines Angebots.

Meine Versicherungspolice erfüllt die von Ihnen geforderten Kriterien:

- Lebensversicherung mit einem Rückkaufswert >10.000 EUR oder
- Rentenversicherung mit einem Rückkaufswert >15.000 EUR oder (Policenbeleihung)
- fondsgebundene Kapitalversicherung mit einem aktuellen Rückkaufswert > 15.000 EUR (Policenbeleihung)
- es handelt sich um eine Versicherung einer deutschen Versicherungsgesellschaft (GDV-Mitglied)
- es handelt sich **nicht** um eine (ehemalige) Direktversicherung

Meine Kontakt- / Versicherungsdaten:

Versicherungsnehmer

Name: Vorname: _____

Straße, Nr. : _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon: E-Mail: _____

Telefax: Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____ Versicherungsende: _____

Aktueller Beitrag (€): _____ monatl. vierteljährl. halbjährl. jährl. beitragsfrei

Aktueller Rückkaufswert inkl. Überschüsse (€): zum: _____ (Datum)

Wurde die Versicherungspolice abgetreten, gepfändet, oder es bestehen sonstige Rechte Dritter? Ja Nein

Die Versicherung soll möglichst zum _____ übernommen werden (bitte Datum eintragen).

Diesem Schreiben lege ich folgende Unterlagen bei:

- ❖ aktuellen Nachtrag zum Versicherungsschein in Kopie sowie die letzte Hochrechnung der Versicherungsleistung
- ❖ eine Kopie der Versicherungspolice ohne Versicherungsbedingungen / AGB
- ❖ eine unterschriebene Vollmacht je Versicherung im Original (**zwingend erforderlich**)

Grund für einen angestrebten Verkauf (bitte ankreuzen):

altern. Anlageform Finanzierung Konsum Sonstiges:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Kunde

Anmerkung für den Kunden: Dieses Schreiben bitte vervollständigen, unterschreiben und im Original zusammen mit den genannten Anlagen an die amp GmbH, Kaiser-Wilhelm-Ring 30, 55118 Mainz zurückschicken.

Gerne auch vorab als Fax oder Mail

Fax: + 49 6131-675110

Email: info@amp-gmbh.com

Vollmacht zur Weitergabe von Informationen

Ich bin an der Veräußerung bzw. der Beleihung des folgenden Versicherungsvertrages interessiert und ermächtige hiermit die CFI FAIRPAY AG, Börsenstr. 2-4, 60313 Frankfurt am Main, bei der unten genannten Versicherungsgesellschaft Daten über meine bestehende Kapitalversicherungspolice

bei der Versicherungsgesellschaft: _____

mit der Versicherungspolice-Nummer: _____

einzuholen. Bei diesen Daten handelt es sich um:

- vertragsbezogene Daten, z.B. Vertragslaufzeit, Datum des Vertragsschlusses, aktueller Rückkaufswert, Versicherungssumme, Höhe der gezahlten und der noch zu zahlenden Beiträge;
- persönliche Daten, z.B. Name, Anschrift, Alter (hiervon ausgenommen sind Daten, die meine Gesundheitsverhältnisse betreffen);
- die Regeln der Versicherungsmathematik, anhand derer der aktuelle Rückkaufswert berechnet wurde;
- alle sonstigen Daten, die die CFI FAIRPAY AG anfordert.

Die CFI FAIRPAY AG darf diese Daten ausschließlich zu dem oben genannten Zweck verwenden; dies umfasst auch die Weitergabe der vorbezeichneten Daten an potentielle Investoren.

Zugleich ermächtige ich die CFI FAIRPAY AG bis auf Widerruf, die vorbezeichneten Daten anzufordern, die Daten unmittelbar von der Versicherung entgegenzunehmen, sie zu speichern und für eigene Zwecke zu nutzen sowie die Daten den Konzerngesellschaften der CFI FAIRPAY AG und deren Geschäftspartnern zur Verfügung zu stellen, soweit es im Rahmen der Zweckbestimmung dieser Vollmacht erforderlich ist. Diese Ermächtigung gilt unabhängig davon, ob ich mich im In- oder Ausland aufhalte.

Sollte ich mich entschließen, die mir aus der oben genannten Kapitalversicherungspolice zustehenden Ansprüche abzutreten, ist die CFI FAIRPAY AG ermächtigt, die Abtretung dem Versicherer anzuzeigen oder eine von mir unterzeichnete Abtretungserklärung an den Versicherer weiterzuleiten.

Weiterhin ermächtigt diese Vollmacht die CFI FAIRPAY AG, einem Interessenten, der gegebenenfalls in meinen Kapitalversicherungsvertrag eintritt (z.B. Versicherungsnehmerwechsel) eine entsprechende Untervollmacht zu erteilen, damit dieser mit der oben genannten Versicherung in Kontakt treten kann. Weitere Verpflichtungen gehe ich mit meiner Unterschrift nicht ein.

Name, Vorname Versicherungsnehmer/in: _____

Straße, Nr.: PLZ / Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in