

Vollmacht zur Weitergabe von Informationen

Ich bin an der Veräußerung bzw. der Beleihung des folgenden Versicherungsvertrages interessiert und ermächtige hiermit die Cumerius Management GmbH, 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 Cumerius Management GmbH anfordert.

Die Cumerius Management GmbH 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 Cumerius Management GmbH bis auf Widerruf, die vorbezeichneten Daten nach § 203 StGB anzufordern, die Daten unmittelbar von der Versicherung entgegenzunehmen, sie zu speichern und für eigene Zwecke zu nutzen sowie die Daten den Konzerngesellschaften der Cumerius Management GmbH 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 Cumerius Management GmbH ermächtigt, die Abtretung dem Versicherer anzuzeigen oder eine von mir unterzeichnete Abtretungserklärung an den Versicherer weiterzuleiten.

Weiterhin ermächtigt diese Vollmacht die Cumerius Management GmbH, 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

Ihre CFI Fairpay - Vermittler- Nr.: _____

Fax: 069 - 50951-7799

Email: versicherung@cfi-fairpay.de