

Informationsvollmacht

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

eMail

Telefon

Fax

Mobil

Versicherte Person:

gleich Versicherungsnehmer

(Ansonsten tragen Sie bitte die versicherte Person ein.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsdaten:

Vertragsnummer

Versicherungsgesellschaft

Vertragsbeginn

Vertragsende

Beitragshöhe in Euro

aktueller Rückkaufswert (falls bekannt)

gewünschtes Übernahmedatum

Lebensversicherung

Fondsgebundene LV

Rentenversicherung

Fondsgebundene RV

Direktversicherung

Betriebliche Altersvorsorge

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich erwäge den Verkauf meiner oben genannten Versicherung. Die Option der Beitragsfreistellung oder Beleihung meiner Versicherung ziehe ich nicht in Betracht.

Ich ermächtige hiermit meine Versicherung alle angefragten Daten durch die Firma SwissFin AG zu dem oben genannten Vertrag der Firma SwissFin AG unmittelbar und ausschließlich zukommen zu lassen.

Es handelt sich dabei im Einzelnen um:

- persönliche Daten (Name, Anschrift, Alter, etc.)
- vertragsbezogene Daten (Vertragsabschluss, Laufzeit, Versicherungssumme, Höhe der gezahlten und noch ausstehenden Beiträge, aktueller Rückkaufswert, evtl. Abtretungen)
- die Regeln der Versicherungsmathematik, anhand des aktuellen Rückkaufswert berechnet wird.

Gleichzeitig erteile ich der Firma SwissFin AG die Vollmacht, alle relevanten Daten die zur Abgabe eines Angebotes benötigt werden, unter Wahrung höchster Diskretion, bei der oben genannten Versicherung anzufragen und diese ausschließlich und direkt an die die SwissFin AG zu senden.

Diese Vollmacht gilt unabhängig davon, ob mein Aufenthaltsort im In- oder Ausland ist.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich nicht zum Verkauf der oben genannten Versicherung an die SwissFin AG.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer