

An die
CFI FAIRPAY AG
-Vermittlung Policendarlehen-
Börsenstr. 2-4

60313 Frankfurt am Main

Fax: +49 69-50951-7122
Hotline: +49 69-50951-7766
Email: info@faircash.de

Angebot für die Vermittlung eines Policendarlehens

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin an der Vermittlung eines Policendarlehens von der HSBC Trinkaus & Burkhardt AG interessiert.

Meine Police erfüllt die von faircash geforderten Voraussetzungen:

- ✓ Es handelt sich um eine Kapitallebensversicherung, eine Rentenversicherung oder eine fondsgebundene Police
- ✓ Die Police stammt von einer deutschen Versicherungsgesellschaft (GDV-Mitglied)
- ✓ Darlehenssumme beträgt mindestens 10.000 Euro
- ✓ Es handelt sich nicht um eine Direktversicherung bzw. ehemalige Direktversicherung

Das Darlehen kann von mir jederzeit gekündigt werden. Darüber hinaus entsteht für mich keine finanzielle Belastung während der Laufzeit, da es sich um ein endfälliges Darlehen handelt.

Den ausgefüllten Kundenfragebogen sowie einen **bestätigten** Rückkaufswert der Versicherungsgesellschaft oder die unterzeichnete Vollmacht lege ich diesem Schreiben bei.

Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zur Vermittlung eines Policendarlehens zu.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Kunde

Fragebogen

Angaben zur Versicherungsnehmer:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____ Postleitzahl/Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____
 Telefax: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zur Versicherungspolice:

Versicherungsgesellschaft: _____
 Versicherungspolice-Nr.: _____

Art der Versicherung

Kapitallebensversicherung Rentenversicherung fondsgebundene Police

Versicherungsende: |_|_|_|_| beitragspflichtig beitragsfrei

Besteht ein Policendarlehen Ja Nein wenn ja, Höhe _____

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

Angaben zum gewünschten Policendarlehen:

gewünschte Darlehenssumme: _____ (Maximalbetrag*)

* maximale Darlehenssumme bei Renten- und Kapitallebensversicherungen ca. 90% des RKW und bei fondsgebundenen ca. 70%

Angaben zur gewünschten Laufzeit:

Kapitallebens-/Rentenversicherung	fondsgebundene Police
variabler Zinssatz _____ (max. 5 Jahre Laufzeit 5,78%**) <input type="checkbox"/> (3 Jahre, effektiver Zinssatz: 5,99%)	_____ (max. 5 Jahre Laufzeit 5,89%**) <input type="checkbox"/> (3 Jahre, effektiver Zinssatz: 6,17%)
Festzinssätze <input type="checkbox"/> (4 Jahre, effektiver Zinssatz: 5,91%) <input type="checkbox"/> (5 Jahre, effektiver Zinssatz: 5,89%)	<input type="checkbox"/> (4 Jahre, effektiver Zinssatz: 6,05%) <input type="checkbox"/> (5 Jahre, effektiver Zinssatz: 5,99%)

** Die Berechnung des anfänglichen effektiven Jahreszinses basiert auf der Annahme einer 5-jährigen Darlehenslaufzeit.

Einen aktuellen Rückkaufswert der Versicherungsgesellschaft lege ich bei oder ich ermächtige die CFI FAIRPAY AG, diesen mit der Vollmacht bei der Versicherungsgesellschaft anzufragen

Vollmacht zur Weitergabe von Informationen

Hiermit ermächtige ich 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.

Diese Daten zu der oben genannten Kapitalversicherungspolice dürfen ausschließlich an die CFI FAIRPAY AG weitergegeben werden und sind von dieser streng vertraulich zu behandeln. Die CFI FAIRPAY AG darf diese Daten ausschließlich zu den oben genannten Zwecken verwenden.

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