

Athene Lebensversicherung AG
Abraham-Lincoln-Park 1
65189 Wiesbaden

FAX-Nr.: 0611 773 2664

Versicherung Nr.: _____
(bitte unbedingt eintragen, damit eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden kann)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit willige ich ein, dass die Athene Lebensversicherung AG meine für die Erstellung eines Darlehens relevanten Daten an die Policen Direkt Versicherungsvermittlung GmbH zur Ausarbeitung eines Angebots über ein Darlehen übermittelt.

Es handelt sich dabei um folgende Daten:

- Personendaten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person
- Telefonnummer, Telefaxnummer und E-Mail Adresse sofern bekannt
- Rahmendaten des Darlehens (Darlehensbetrag, - laufzeit)
- Angaben zum Versicherungsvertrag (Versicherungsnummer, Art der Versicherung, Versicherungsbeginn und Ablauf, Rückkaufswert, Versicherungssumme bzw. garantierte Rente und Kapitalabfindung bei Rentenversicherungen).

Ich bin mit einer telefonischen Kontaktaufnahme im Fall von Rückfragen bei der Angebotserstellung oder bei der Gewährung eines Darlehens durch den von mir gewählten Partner einverstanden.
Meine Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Die Kündigung meiner Versicherung nehme ich hiermit zurück.

Angaben zum gewünschten Darlehen:

Darlehensbetrag: _____ € (Mindesthöhe: 3.000,00 €/ Maximalhöhe: 250.000,00 €)

Darlehenslaufzeit:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12 Monate | <input type="checkbox"/> 24 Monate | <input type="checkbox"/> 36 Monate |
| <input type="checkbox"/> 48 Monate | <input type="checkbox"/> 60 Monate | <input type="checkbox"/> 72 Monate |
| <input type="checkbox"/> 84 Monate | <input type="checkbox"/> 96 Monate | <input type="checkbox"/> 108 Monate |
| <input type="checkbox"/> 120 Monate | | |

Ort

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort

Datum

Versicherte Person (falls abweichend vom
Versicherungsnehmer)