

# VERLUSTERKLÄRUNG VERSICHERUNGSSCHEIN

Bitte füllen Sie diesen Auftrag in Druckbuchstaben aus und senden Sie das unterschriebene Original an:

Harald Steib  
Leipziger Platz 21  
90491 Nürnberg

Tel. 0911 - 52 78 96 23  
Fax 0911 - 52 78 96 09

\_\_\_\_\_  
Name der Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

## Erklärung zur Lebensversicherung Nr. \_\_\_\_\_

### Name des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Hiermit gebe ich die Erklärung ab, dass der von der \_\_\_\_\_

Name der Versicherung

ausgestellte Versicherungsschein für den Versicherten

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

verloren gegangen ist.

Ich erkläre, dass über die Versicherung weder durch Abtretung oder Verpfändung noch in irgendeiner anderen Weise verfügt worden ist.

Ich verzichte darauf, dass der abhanden gekommene Versicherungsschein im Wege des gesetzlichen Aufgebotsverfahrens für kraftlos erklärt wird und beantrage, eine Ersatzurkunde auszustellen.

Ich hafte der \_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

gegenüber für alle Ansprüche, welche dritte Personen gegen sie aus dem erwähnten Versicherungsschein berechtigterweise **berichtigterweise** erheben sollten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, (Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers)