

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)