

Policenverlusterklärung

Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group; Registriert beim Handelsregister Liechtenstein unter FL-0002.010.458-6
Geschäftsführung: Johann Fahrnberger; Christoph Konasz; Direktion: Industriestrasse 2, FL-9487
Bendern; Tel.: +423 235 0660 Fax +423 235 0669; www.vienna-life.li; office@vienna-life.li

Versicherungsscheinnummer _____

Versicherungsnehmer 1

Vorname

Nachname

Steueridentifikationsnummer/Steuerdomizil

Strasse/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Versicherungsnehmer 2

Vorname

Nachname

Steueridentifikationsnummer/Steuerdomizil

Strasse/Hausnummer

PLZ/Wohnort

- Ich erkläre, dass ich den oben angeführten Versicherungsschein nicht erhalten habe.
- Ich erkläre als Eigentümer des oben angeführten Versicherungsscheines, dass dieser in Verlust geraten ist.
- Ich erkläre, dass ich den angeführten Versicherungsschein im Nachlass des (der) Verstorbenen nicht vorgefunden habe.

Ich verpflichte mich, den Versicherungsschein, falls dieser wider Erwarten aufgefunden werden sollte, bedingungslos der Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group zurückzustellen.

Ich erkläre ferner, dass dieser Versicherungsschein weder zum Zweck der Verpfändung oder Abtretung noch durch ein anderes Rechtsverfahren an einen Dritten weitergegeben wurde, sodass der Versicherungsschein nur auf unrechtmässige Art und Weise in fremden Besitz gelangt sein könnte.

Ich erkläre ausdrücklich, die Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group für sämtliche Ansprüche, die möglicherweise auf Grund des gegenständlichen Versicherungsscheines gegen sie erhoben werden sollten, klag- und schadlos zu halten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT DES 1. VERSICHERUNGSNEHMERS



Ort, Datum

UNTERSCHRIFT DES 2. VERSICHERUNGSNEHMERS



Zustimmung des Pfandgläubigers bei Abtretung bzw. Verpfändung (falls vorhanden):

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT / FIRMENSTEMPEL des Pfandgläubigers

