

Anlässlich der Auszahlung einer Versicherungsleistung aus einer Lebensversicherung

Polizzenummer: \_\_\_\_\_

## VersicherungsnehmerIn

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

lkz/Plz/Ort: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

### Der/Die Unterfertigte stellt aufgrund

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fälligkeit durch Erleben          | <input type="checkbox"/> Auslosung      | <input type="checkbox"/> Polizzenvorauszahlung    |
| <input type="checkbox"/> Heirat der mitversicherten Person | <input type="checkbox"/> Rückkauf       | <input type="checkbox"/> Dread Disease            |
| <input type="checkbox"/> Ableben der versicherten Person   | <input type="checkbox"/> Teilfälligkeit | <input type="checkbox"/> Fälligkeit durch Pension |

Ich erkläre, dass die ausgestellte Versicherungspolize nicht in meinem Besitz ist und die Urkunde meines Wissens auch an niemanden Dritten weitergegeben wurde.

Ich übernehme vorbehaltlos die volle Haftung für die Rückzahlung des in Empfang genommenen Betrages in dem Falle, dass später aus dem Besitz der Urkunde von wem immer und gleich aus welchem Titel berechnete Ansprüche gegen den Versicherer gestellt werden.

Ich verpflichte mich in diesem Falle zur Schad- und Klagloshaltung des Versicherers.

## Angaben über den/die AntragstellerIn

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

lkz/Plz/Ort: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Art des Ausweises: \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Der/Die VersicherungsnehmerIn (AntragstellerIn) ist alleine für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Anzeigen und Erklärungen des/der VersicherungsnehmerIn müssen mit eigenhändiger Unterschrift des Versicherungsnehmers erfolgen. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und vom Versicherer firmenmäßig gezeichnet sind. Ich bestätige den Erhalt einer Formulkopie. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen. Ich/Wir erkläre/n, dass alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden – auch wenn und soweit dieses Formular von einer dritten Person ausgefüllt wurde. Im Falle einer unterbliebenen Bekanntgabe eines Umstandes nach dem in geschriebener Form nachgefragt wurde, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

Als BetreuerIn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unterschrift AntragstellerIn

Telefon: \_\_\_\_\_