



Fondsgebundene Lebensversicherung

Nichtigkeitserklärung Fondspolizze

Versicherungsnehmer

Polizzennummer: _____

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Versicherte Person

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

lkz/Plz/Ort: _____ Kunden-Nr.: _____

Nichtigkeitserklärung wegen Verlust der Versicherungspolizze

Der Versicherungsnehmer erklärt, dass die ausgestellte Versicherungspolizze in Verlust geraten ist, als null und nichtig gilt, und die Versicherungspolizze seines/ihrer Wissens nach an niemanden Dritten weitergegeben wurde.

Sollten später aus dem Besitz der hiermit annullierten Versicherungspolizze Ansprüche gegen den Versicherer gestellt werden, verpflichtet sich der/die VersicherungsnehmerIn zur Schad- und Klagloshaltung des Versicherers.

Sonstige Bemerkungen

Der Versicherungsnehmer (Antragsteller) 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/der VersicherungsnehmerIn 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 Berater: _____

_____ Datum

Unterschrift: _____

_____ Unterschrift Versicherungsnehmer

Telefon: _____