

**Kundenauftrag Verlusterklärung** / Seite 1/1

**Beratung durch:**

Dr. Sievert und Partner GmbH  
 Quinckestr. 18 • 24106 Kiel  
 Tel.: 0431 / 53 53 6 0 • Fax: 0431 / 53 53 6 10  
 info@dsp-kiel.de  
 http://www.dsp-kiel.de

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Verlusterklärung</b>	Bitte stellen Sie einen Ersatz-Versicherungsschein aus.
<b>Versicherungsnehmer</b>	Name, Vorname: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>
<b>Versicherungsscheinnummer</b>	<input type="text"/>
<b>Versicherungsgesellschaft</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Verlusterklärung</b>	Der Versicherungsschein ist in Verlust geraten.  Ich versichere, dass kein unwiderrufliches Bezugsrecht vorliegt. Die Rechte und Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag sind weder verpfändet noch abgetreten.  Sollte der Original-Versicherungsschein wieder in meinen Besitz gelangen, verpflichte ich mich, keine Rechte daraus abzuleiten oder irgendeinen Gebrauch davon zu machen, wodurch einem Dritten ein Rechtsanspruch gegen mich oder den Versicherer übertragen werden soll.
<input type="checkbox"/> <b>Verzichtserklärung</b>	Ich verzichte darauf, dass der abhanden gekommene Versicherungsschein im Wege des gesetzlichen Aufgebotsverfahrens für kraftlos erklärt wird und beantrage, eine Ersatzurkunde auszustellen.
<hr/> <b>Ort, Datum</b>	<hr/> <b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>