



Fragebogen über den Verlust von Polizzen

Polizzennummer/n.....

Wichtiger Hinweis: Der Verlust einer Versicherungspolizze ist eine ernsthafte Angelegenheit. Wenn der Polizzeninhaber bei Bedarf nicht in der Lage ist, seine Polizze vorzuweisen, so wird dies gesetzlich als ein Anzeichen gewertet, dass der in der Polizze genannte nicht länger am Vertrag berechtigt ist. Der Beweis muss erbracht werden, dass dies nicht der Fall ist.

Bitte denken Sie daran, dass eine Lebensversicherungspolizze eine gängige Sicherheit darstellt und eine dritte Partei Nutzen aus dem Besitz der Polizze erzielen kann.

Bevor die Gesellschaft eine Zahlung aus der Polizze leisten kann oder bevor ein Ersatzdokument ausgestellt werden kann, muss der Gesellschaft auf Kosten des Antragstellers eine Absicherung zugesandt werden (Anlage 1).

Die Antworten, die Sie auf diesem Formular geben, können in eine eidesstattliche oder gesetzliche Erklärung eingetragen werden.

Fragen, die in bezug auf den Verlust von Lebensversicherungspolizzen beantwortet werden müssen.

- 1) Wo wurde/n die Polizze/n normalerweise aufbewahrt?
- 2) Wann wurde/n die Polizze/n zuletzt gesehen?
- 3) Wer hat die Polizze/n zuletzt gesehen?
- 4) Hat eine andere Person die Polizze/n offiziell oder inoffiziell besessen? JA/NEIN
- 5) Wurden Anfragen bzgl. der Polizze/n gestellt von:
 - den oben genannten Personen (falls vorhanden) JA/NEIN
 - Ihrer Bank JA/NEIN
 - Ihrem Rechtsanwalt JA/NEIN
 - Ihrem Buchhalter JA/NEIN
- 6) War/en die Polizze/n jemals in ein Konkursverfahren verwickelt? JA/NEIN
- 7) Wurde/n die Polizze/n jemals als Sicherheit benutzt? JA/NEIN
- 8) Wurde/n die Polizze/n jemals hinterlegt bei oder abgetreten an
 - A) eine Bausparkasse? JA/NEIN
 - B) eine Bank? JA/NEIN
 - C) sonstige Person/Gesellschaften? JA/NEIN



CLERICAL MEDICAL

Clerical Medical Europe Financial Services BV • European Branch Office
Randwycksingel 35 • NL-6229 EG Maastricht
P.O. Box 377 • NL-6200 AJ Maastricht • The Netherlands
Tel. +31 43 35 65 000 • Fax +31 43 35 65 001 • www.clericalmedical.com

Falls eine der Fragen mit JA beantwortet wurde, geben Sie bitte Einzelheiten an:

.....
.....
.....

9) Wurde/n die Polizze/n jemals beschlagnahmt oder von der Regierung eines Landes beschränkt?

(Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an)

JA/NEIN

.....
.....
.....

Ist/Sind die Polizze/n Teil einer Scheidungs-Vereinbarung?

JA/NEIN

.....
.....

10) Was glauben Sie, ist mit der/den Polizze/n passiert?

.....
.....
.....

Unterschrift:

Unterschrift:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Datum:

Datum:



CLERICAL MEDICAL

Clerical Medical Europe Financial Services BV • European Branch Office
Randwycksingel 35 • NL-6229 EG Maastricht
P.O. Box 377 • NL-6200 AJ Maastricht • The Netherlands
Tel. +31 43 35 65 000 • Fax +31 43 35 65 001 • www.clericalmedical.com

ABSICHERUNG FÜR DEN VERLUST VON POLIZZEN

An Clerical Medical Investment Group Limited

Unter der Voraussetzung, dass die Gesellschaft sich damit einverstanden erklärt, die unten näher erläuterte **Polizze auszahlen/Ersatzdokumente auszustellen***, ohne dass die Originalpolizze vorliegt, erkläre(n) ich/wir (gemeinsam & einzeln) und meine/unsere Vertreter hiermit folgendes:

- 1) Wir sichern die Gesellschaft und ihre Nachfolger für alle Zeit gegen alle Verfahren, Verluste, Klagen und Ansprüche (und Ausgaben, die hieraus entstehen), die von irgendeiner Person, Gesellschaft oder Firma, ob direkt oder indirekt von oder gegen die Gesellschaft, gestellt werden, ab. Gleichzeitig sichern wir die Gesellschaft gegen alle möglichen Konsequenzen (inklusive aber nicht beschränkt auf Zahlungen, die aus der Polizze entstehen oder mit dieser in Verbindung stehen, ohne dass die Originalpolizze vorliegt), die auch immer entstehen mögen aufgrund des Einverständnisses der Gesellschaft, **die Polize auszuzahlen/Ersatzdokumente auszustellen***, ohne dass die Originaldokumente der Gesellschaft vorliegen.
- 2) Wir bestätigen, die Originalpolizze, falls sie hiernach wiedergefunden wird, sofort an die Gesellschaft weiterzuleiten.

*** Bitte Entsprechendes durchstreichen.**

Polizzennummer(n):

Versicherungsbeginn:

Investierter Betrag:

1. Polizzeninhaber:

2. Polizzeninhaber:

Unterschrift:
(1. Polizzeninhaber*)

Unterschrift:
(2. Polizzeninhaber*)

Datum:

Datum:

* Alle Polizzeninhaber müssen unterschreiben. Sollte der Inhaber eine Gesellschaft sein, müssen zwei Direktoren oder ein Direktor und ein Bevollmächtigter unterschreiben.

Unterschrift eines Zeugen:

Name:

Adresse: