

# Verlusterklärung Versicherungsschein

## Verlusterklärung Polizze



CLERICAL MEDICAL

Bitte senden Sie das ausgefüllte und von allen Versicherungsnehmern unterschriebene Formular an:

Clerical Medical Customer Services  
37 Bd Joseph II  
1840 Luxembourg

oder per Fax: +352 27 94 16 13 oder per Email an kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

### A. Versicherungsnehmer

Vorname(n), Nachname \_\_\_\_\_

Vertragsnummer / Polizzenummer \_\_\_\_\_

Scottish Widows Europe S.A. (SWE) nutzt elektronische Kommunikationsmittel, um mit Partnern und Behörden zu kommunizieren. Wir möchten mit Ihnen auf elektronischem Wege kommunizieren, um zeitnahe Aktualisierungen und effiziente Dienstleistungen zu ermöglichen. Wir werden alle notwendigen rechtlichen Vorkehrungen treffen, um Ihre Privatsphäre zu schützen, jedoch kann die elektronische Kommunikation gewisse Risiken bergen, die Sie als Versicherungsnehmer anerkennen und akzeptieren.

Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir mit Ihnen auf elektronischem Wege kommunizieren, teilen Sie uns bitte unten Ihre E-Mail-Adresse mit:

Email Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### B. Erklärung und Unterschrift

Der gültige Versicherungsschein / die gültige Polizze zu o. g. Versicherungsvertrag/-verträgen ist mir/uns verloren gegangen. Bitte stellen Sie mir/uns einen Ersatzversicherungsschein / eine Ersatzpolizze aus.

Hiermit erkläre ich, dass keinerlei Rechte und Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag abgetreten, vinkuliert oder verpfändet sind.

Der Versicherungsvertrag ist zu meinen / unseren Gunsten abgetreten, vinkuliert oder verpfändet

Sollte der Original-Versicherungsschein / die Original-Polizze wieder in meinen Besitz gelangen, verpflichte ich mich, diese(n) unverzüglich an die Scottish Widows Europe S.A. zurückzugeben und keine Rechte daraus abzuleiten oder irgendeinen Gebrauch davon zu machen, wodurch einem Dritten ein Rechtsanspruch gegen mich oder den Versicherer übertragen werden soll.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Versicherungsnehmer (wenn vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abtretungsgläubiger (falls relevant)

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ)

#### Herausgegeben von:

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe. Das Unternehmen wurde als "Société Anonyme" nach dem Recht des Großherzogtums Luxemburg gegründet. Es hat seinen Sitz in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Luxemburg und ist unter der Nummer B228618 im luxemburgischen Handelsregister eingetragen. Das Unternehmen ist eine Versicherungsgesellschaft, die vom Commissariat aux Assurances zur Erbringung von Versicherungstätigkeiten zugelassen ist. Scottish Widows Limited ist der Markeninhaber der eingetragenen Marke "Clerical Medical", und Scottish Widows Europe sind Nutzungsrechte an dieser Marke eingeräumt worden.

Clerical Medical Customer Services  
37 Bd Joseph II  
1840 Luxembourg

Tel.: +49 40 82 21 69 752  
Fax: +352 27 94 16 13

Email: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

www.clericalmedical.de  
www.clericalmedical.at