

**Versicherungs-Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer:**

Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 210150  
10501 Berlin

\_\_\_\_\_  
Name oder Firma

\_\_\_\_\_  
Vorname

**Versicherte Person:**

(falls abweichend zum Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Name oder Firma

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Verlusterklärung Versicherungsschein

Der gültige Versicherungsschein zu oben genanntem Vertrag ist mir verloren gegangen. Bitte stellen Sie mir einen Ersatz-Versicherungsschein aus.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Verfügungen über die Rechte und Ansprüche aus dem oben angegebenen Versicherungsvertrag als die Ihnen offen gelegten getroffen noch Leistungsversprechen abgegeben habe.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

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

Als Drittberechtigter (Zessionar, Pfandgläubiger, unwiderruflich Bezugsberechtigter) versichere ich, dass der Wortlaut dieser Erklärung für mich gleichfalls bindend ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel des Drittberechtigten