

Meldung über den Verlust der Versicherungsurkunde

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKSCHRIFT aus.

1. SCHRITT ANGABEN ZUM VERTRAG

Vertragstyp (bitte nur ein Feld ankreuzen)

SMI VIP Plan

Controlled Capital Plan

VERTRAGSNUMMER

2. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR PRIVATANLEGER

Versicherungsnehmer 1

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n) (bitte ausschreiben)

Adresse (für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 2 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n) (bitte ausschreiben)

Adresse (für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 3 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n) (bitte ausschreiben)

Adresse (für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 4 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n) (bitte ausschreiben)

Adresse (für Korrespondenz)

Ist ein weiterer Versicherungsnehmer vorhanden, kopieren Sie bitte den 2. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Versicherungsnehmer ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite dieser Meldung über den Verlust der Versicherungsurkunde bei.

3. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR UNTERNEHMEN

Name des Unternehmens

Adresse (für Korrespondenz)

Bitte tragen Sie die Angaben aller Unterschriftsberechtigten ein, die befugt sind, Anweisungen bezüglich der Police zu erteilen.

Name des 1. Unterschriftsberechtigten

Name des 2. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 3. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 4. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Ist ein weiterer Unterschriftsberechtigter vorhanden, kopieren Sie bitte den 3. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Unterschriftsberechtigten ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite dieser Meldung über den Verlust der Versicherungsurkunde bei.

4. SCHRITT ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass:

- die Versicherungsurkunde abhanden gekommen ist;
- ich der gesetzliche Inhaber des Versicherungsvertrags und der rechtmäßige Begünstigte des vorstehend genannten Versicherungsvertrags bin;
- der Versicherungsvertrag nicht abgetreten, verpfändet oder als Sicherheit für eine beliebige Person, die einen Anspruch geltend machen könnte, gestellt oder ausgehändigt wurde;
- ich die Versicherungsurkunde SMI vorlegen werde, sobald sie aufgefunden wird;
- ich SMI für alle Ansprüche und Verluste oder Aufwendungen entschädigen werde, die infolge unrichtiger Angaben und/oder der Zahlung der Rückkaufserlöse ohne Rückgabe der Versicherungsurkunde an SMI entstehen.

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 1. Unterschriftsberechtigten

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 2. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 3. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 4. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Falls weitere Versicherungsnehmer / Unterschriftsberechtigte des Versicherungsvertrags vorhanden sind, kopieren Sie bitte diese Seite, tragen Sie die entsprechenden Angaben für jeden zusätzlichen Versicherungsnehmer / Unterschriftsberechtigten ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite dieser Meldung über den Verlust der Versicherungsurkunde bei.



Korrespondenzadresse: Scottish Mutual International Limited, Styne House, Upper Hatch Street, Dublin 2, Republik Irland.
Tel: (+353-1) 804 4088. Fax: (+353-1) 804 4005. internetadresse: ww.smi.ie

Scottish Mutual International Limited wird von der Zentralbank (Central Bank of Ireland) reguliert.
Registerierter Sitz: 25-28 North Wall Quay, Dublin 1, Irland. In Irland unter Nummer 242244 eingetragen.
Eine aktuelle Liste der Manager mit den Details vorgeschrieben durch die Paragraphen (a), (b) und (c) des Absatzes 196(1) des Companies Act 1963 ist auf Anfrage erhältlich bei dem registrierten Sitz der Firm

