

# Formular

## Absicherung für den Verlust von Versicherungsscheinen



Bitte per Post einsenden oder  
per Fax an: 0180 3 724476\*

\* € 0,09/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. € 0,42/Min.

An  
Legal & General  
Kundenservice  
Richmodstr. 6  
50667 Köln

Vertragsnummer
Name, Vorname des (erstgenannten) Versicherungsnehmers
Name, Vorname des zweitgenannten Versicherungsnehmers (falls zutreffend)
Telefonnummer/E-Mail, unter der Sie bei Rückfragen erreichbar sind

## Absicherung für den Verlust von Versicherungsscheinen

Der gültige Original-Versicherungsschein zu oben genanntem Vertrag ist

nicht zugegangen

oder

verloren gegangen

und befindet sich nicht in meinem Besitz.

Über den Verbleib ist mir Folgendes bekannt:

---

---

---

---

Ich sichere 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, unberechtigt gestellt werden, ab.

Hiermit erkläre ich, dass keinerlei Rechte und Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag abgetreten oder verpfändet sind. 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. Ich werde den Versicherungsschein sofort an die Gesellschaft weiterleiten.

Ich bitte um Zusendung eines Ersatz-Versicherungsscheines.

**Bitte beachten Sie**, dass dieser Ersatz-Versicherungsschein nur im Falle des Fortbestehens des obigen Versicherungsvertrages ausgestellt wird. Alle Angaben basieren auf den Vereinbarungen des ursprünglichen Versicherungsantrages und sind unverändert zum ursprünglich ausgestellten Original-Versicherungsschein, welcher hiermit seine volle Gültigkeit verliert. Eventuelle Änderungen werden als solche besonders definiert und bedürfen der Zustimmung.

### Unterschrift/en

Ort, Datum
Unterschrift (erstgenannter) Versicherungsnehmer <b>X</b>

Ort, Datum
Unterschrift zweitgenannter Versicherungsnehmer (falls zutreffend) <b>X</b>