

# MELDUNG ÜBER DEN VERLUST DER VERSICHERUNGSURKUNDE

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKSCHRIFT** aus.

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

In unserer Datenschutzerklärung wird erläutert, wann und warum wir persönliche Daten über unsere Kunden sammeln, wie wir diese verwenden, unter welchen Bedingungen wir diese mit anderen teilen und wie wir die Daten schützen. Es wird auch erläutert, wie lange wir Kundeninformationen aufbewahren, wie ein Kunde Informationen über die von uns gespeicherten Informationen erhalten kann und wie die Kunden entscheiden können, wie wir diese Informationen verwenden. Eine Kopie der Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website [www.utmostinternational.com/privacy-statements/](http://www.utmostinternational.com/privacy-statements/). Alternativ können Sie eine Kopie von unserem Kundenservice anfordern.

## WAS IST ZU TUN, WENN SIE DIESES FORMULAR AUSGEFÜLLT HABEN

Wir bevorzugen es, die Unterlagen eingescannt und per E-Mail zu erhalten. Bitte senden Sie das/die ausgefüllte(n) Formular(e) und die entsprechenden beglaubigten Unterlagen an [Info@UTMOST.ie](mailto:Info@UTMOST.ie) zurück.

Wenn Sie die Unterlagen nicht elektronisch senden können, können Sie diese an Utmost PanEurope dac, Bishop's Square, Redmond's Hill, Dublin 2, Irland senden.

## DIE BEARBEITBAREN FELDER VERWENDEN?

Um sicherzustellen, dass Ihre Informationen korrekt gespeichert werden, empfehlen wir Ihnen, das Formular auf Ihrem Desktop zu speichern, bevor Sie mit dem bevor Sie die erforderlichen Felder ausfüllen.


## A ANGABEN ZUM VERTRAG

Vertragstyp (bitte nur ein Feld ankreuzen)  VIP Plan  VIP Capital Plan  UPE Unit Linked Plan

VERTRAGSNUMMER

## B VERSICHERUNGSNEHMER - NUR PRIVATANLEGER

	Versicherungsnehmer 1	Versicherungsnehmer 2 (sofern zutreffend)
Anrede (Herr, Frau, Frl oder Sonstige) (bitte ausschreiben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n) (bitte ausschreiben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (für Korrespondenz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

MELDUNG ÜBER DEN VERLUST DER VERSICHERUNGSURKUNDE

	Versicherungsnehmer 3 (sofern zutreffend)	Versicherungsnehmer 4 (sofern zutreffend)
Anrede (Herr, Frau, Frl oder Sonstige) (bitte ausschreiben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n) (bitte ausschreiben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (für Korrespondenz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**C** VERSICHERUNGSNEHMER - NUR UNTERNEHMEN

Name des Unternehmens	<input type="text"/>
Adresse (für Korrespondenz)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>

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

Name	<b>Unterschriftsberechtigter 1</b>	<b>Unterschriftsberechtigter 2 (falls vorhanden)</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	<b>Unterschriftsberechtigter 3 (falls vorhanden)</b>	<b>Unterschriftsberechtigter 4 (falls vorhanden)</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

MELDUNG ÜBER DEN VERLUST DER VERSICHERUNGSURKUNDE

**D VERLUSTERKLÄRUNG**

Ich erkläre hiermit, dass:

- › die Versicherungsurkunde abhanden gekommen ist
- › ich der gesetzliche Inhaber des Versicherungsvertrages und der rechtmäßige Begünstigte des vorstehend genannten Versicherungsvertrages 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 Utmost PanEurope dac vorlegen werde, sobald sie aufgefunden wird
- › ich Utmost PanEurope dac für alle Ansprüche und Verluste oder Aufwendungen entschädigen werde, die infolge unrichtiger Angaben und/oder der Zahlung der Rückkaufserlöse ohne Rückgabe der Versicherungsurkunde an Utmost PanEurope dac entstehen.

	<b>Versicherungsnehmer/ Unterschriftsberechtigter 1</b>	<b>Versicherungsnehmer/ Unterschriftsberechtigter 2 (falls vorhanden)</b>
<b>UNTERSCHRIFT</b>		
Name		
Datum	T T M M J J J J	T T M M J J J J

	<b>Versicherungsnehmer/ Unterschriftsberechtigter 3 (falls vorhanden)</b>	<b>Versicherungsnehmer/ Unterschriftsberechtigter 4 (falls vorhanden)</b>
<b>UNTERSCHRIFT</b>		
Name		
Datum	T T M M J J J J	T T M M J J J J

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.

A WEALTH *of* DIFFERENCE