

**FAX an 050 350 99 360**

Telefonnummer für Rückfragen

am besten erreichbar von – bis

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG  
Vienna Insurance Group  
Zentrales Kundenservice – Wiener Verein  
Postfach 755  
1011 Wien

## ERKLÄRUNG

### VERSICHERUNGSNEHMER

Familienname, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Polizzenummer (beginnend mit S oder W)
Adresse		
Amtlicher Lichtbildausweis, Art, Nummer	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Polizza nicht erhalten habe.

Ich erkläre als Eigentümer der oben erwähnten Polizza, dass diese in Verlust geraten ist.

Ich erkläre, dass ich die oben angeführte Polizza im Nachlass des (der) Verstorbenen nicht vorgefunden habe.

Ich verpflichte mich, die Polizza, falls sie wider Erwarten aufgefunden werden sollte, bedingungslos der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group zurückzustellen.

Ich erkläre ferner, dass nach meinem Wissen diese Polizza weder verpfändet, noch durch ein sonstiges Rechtsverfahren an einen Dritten weiter gegeben wurde, sodass sie nur auf unrechtmäßige Art und Weise in fremden Besitz gelangt sein könnte.

Ich erkläre ausdrücklich, die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group für sämtliche Ansprüche, die möglicherweise auf Grund der gegenständlichen Polizza gegen sie erhoben werden sollten, klag- und schadlos zu halten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Ausstellung einer Duplikatpolizza € 20,- zu bezahlen sind. Der Betrag wird mit der nächsten Prämie, analog meiner Zahlungsweise, vorgeschrieben bzw. einbehalten.

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

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift