



Polizzenummer

## Haftungserklärung Klassische und Fondsgebundene Lebensversicherung

### Beilage zum Auszahlungsantrag bei Auszahlung einer Lebensversicherung

#### Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum	Kundennummer
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür			
Postleitzahl	Wohnort		Staat

#### Angaben über den Antragsteller auf Leistungsauszahlung

Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum	Kundennummer
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür			
Postleitzahl	Wohnort		Staat
Tagsüber erreichbar unter Telefonnummer		Verhältnis zum Versicherungsnehmer	

Der Antragsteller stellt aufgrund

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fälligkeit durch Erleben          | <input type="checkbox"/> Auslosung      | <input type="checkbox"/> Polizzenvorauszahlung    |
| <input type="checkbox"/> Heirat der mitversicherten Person | <input type="checkbox"/> Rückkauf       | <input type="checkbox"/> Dread Disease            |
| <input type="checkbox"/> Ableben der versicherten Person   | <input type="checkbox"/> Teilfälligkeit | <input type="checkbox"/> Fälligkeit durch Pension |

Ich erkläre, dass die ausgestellte Versicherungspolize nicht in meinem Besitz ist und die (Original)Urkunde meines Wissens vom Versicherungsnehmer auch an niemanden Dritten weitergegeben wurde.

Ich übernehme vorbehaltlos die volle Haftung für die Rückzahlung des in Empfang genommenen Betrages in dem Falle, dass später aus dem Besitz der Urkunde von wem immer und gleich aus welchem Titel berechnigte Ansprüche gegen den Versicherer gestellt werden.

Ich verpflichte mich in diesem Falle zur Schad- und Klagloshaltung des Versicherers.

**Datenschutz:** Daten sind bei UNIQA gut aufgehoben! UNIQA achtet darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Über den Umgang mit Daten informieren unsere Datenschutzhinweise, die Sie auf [www.uniqa.at](http://www.uniqa.at) im Bereich Datenschutz finden. Ich nehme mit meiner Unterschrift die Datenschutzhinweise zur Kenntnis und informiere als Versicherungsnehmer zusätzlich sämtliche an diesem Vertrag beteiligten Personen (Bezugsberechtigte, Prämienzahler oder versicherte Personen) über die Inhalte der Datenschutzhinweise.

Als Berater: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers