

Verka PK Kirchliche Pensionskasse AG
Schellendorffstr. 17/19
14199 Berlin

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer

Name versicherte Person

Ich versichere hiermit nach bestem Wissen, dass mir nicht bekannt ist, wo sich der Versicherungsschein – einschließlich der etwaigen Nachträge – befindet, und dass die Rechte und Ansprüche daraus an einen Dritten weder verpfändet noch abgetreten sind. Ich bin vielmehr berechtigt, allein über die Versicherung zu verfügen. Sofern sich der Versicherungsschein – einschließlich der etwaigen Nachträge – wieder anfinden sollte, verpflichte ich mich, ihn an die Verka PK Kirchliche Pensionskasse AG (Verka PK), Schellendorffstraße 17/19, 14199 Berlin, unverzüglich zurückzusenden.

Falls eine andere Person durch Vorlage des Versicherungsscheins – einschließlich der etwaigen Nachträge – Rechte irgendwelcher Art (Rechte aus der Versicherung, Schadenersatzansprüche usw.) gegen die Verka PK geltend macht, verpflichte ich mich, die Verka PK von solchen Ansprüchen freizuhalten. Ich übernehme alle Nachteile und Kosten, die der Verka PK daraus entstehen.

Ort

Datum

Versicherungsnehmer