

Name:  
Vorname:  
Straße Nr:  
PLZ Ort:  
Versicherungs-Nr.:

BFW der EVG e.V.  
Postfach 110143  
60036 Frankfurt am Main

## **Verlusterklärung**

Hiermit versichere ich Ihnen, dass ich keinen Versicherungsschein mit den oben angegebenen Versicherungsnummern erhalten bzw. vorliegen habe.

Ich habe den Versicherungsschein auch nicht an Dritte weitergegeben.

---

Datum

Unterschrift