

ANMELDEFORMULAR FÜR VERSICHERUNGSANSPRÜCHE
IM RAHMEN DER VERGLEICHSVEREINBARUNG MIT
SCHWEIZER BANKEN

VOM ANSPRECHER
NICHT
AUSZUFÜLLEN
ANSPRUCHS-NR.

DATUM

ANMELDEFORMULAR FÜR VERSICHERUNGSANSPRÜCHE

Bitte füllen Sie dieses Formular so vollständig wie möglich und nach bestem Wissen aus. **Die mit einem schwarzen nummerierten Kasten gekennzeichneten Fragen (z.B. 2.1) müssen beantwortet werden, damit Ihre Anspruchsanmeldung bearbeitet werden kann.** Schätzungen oder Annäherungswerte können hilfreich sein und sollten mit aufgeführt werden. **Bitte geben Sie jedoch keine Antworten, die Sie lediglich raten.** Antworten wie z. B. „weiß nicht“ oder „nicht zutreffend“ oder „keine Erinnerung“ sind akzeptabel. Sollten Sie mehr Platz benötigen, steht Ihnen die letzte Seite für allfällige zusätzliche Informationen zur Verfügung. Wenn Sie auf mehr als eine Versicherungspolice einen Anspruch geltend machen, füllen Sie bitte für jede Police ein separates Anmeldeformular aus.

Es ist sehr wichtig, dass Sie (1) die Einverständniserklärung und Vollmachtserteilung, die Zusicherung der Klageunterlassung sowie die Anerkennung betreffend gerichtliche Zuständigkeit an der vorgesehenen Stelle unterschreiben, (2) einen Nachweis Ihrer Identität (z. B. Kopie des Reisepasses) beilegen und (3) alle weiteren Unterlagen und/oder Erklärungen und/oder Informationen zur Begründung Ihres Anspruchs beilegen.

0.1 *Unterschrift des Ansprechers* _____
Ort der Unterzeichnung _____
Datum der Unterzeichnung TAG /MONAT /JAHR _____

0.2 Wenn Sie in diesem Verfahren vertreten werden, muss Ihr Vertreter hier unterzeichnen:
Unterschrift des Vertreters _____
Ort der Unterzeichnung _____
Datum der Unterzeichnung TAG /MONAT /JAHR _____

1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN 1

1 *War der Policeninhaber, Begünstigte und/oder Versicherte ein Opfer oder Angehöriger einer Zielgruppe nationalsozialistischer Verfolgung?* **1**

Der Begriff „Policeninhaber“ bezieht sich auf die Person, welche die Versicherungspolice erworben hat. Der Begriff „Begünstigter“ bezieht sich auf die Person, die einen Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme hat. Beachten Sie bitte, dass sich der Begriff „Versicherter“ auf die Person bezieht, die durch die Versicherung versichert war.

Ja Nein

Der Ausdruck „Opfer oder Angehöriger einer Zielgruppe nationalsozialistischer Verfolgung“ bezieht sich auf Einzelpersonen, Unternehmen, Personengesellschaften, Einzelfirmen, nicht eingetragene Vereine, Gemeinschaften, Gemeinden, Gruppen, Organisationen oder sonstige juristische Personen, die Opfer oder Angehörige einer Zielgruppe nationalsozialistischer Verfolgung waren, weil sie jüdisch, Sinti oder Roma, Zeugen Jehovas, homosexuell oder körperlich oder geistig behindert waren oder als solche betrachtet wurden.

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Reisepasses, Personalausweises, Führerscheins oder eines anderen amtlichen Identitätsausweises mit Foto bei.
Bitte senden Sie keine Originale.

2.1	<i>Nachname</i>	2.1
2.2	<i>Vorname</i>	2.2
2.3	Weitere Vornamen	2.3
2.4	Mädchenname (falls zutreffend)	2.4
2.5	Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	2.5
2.6	Namensänderung, einschließlich Änderung der Schreibweise (falls zutreffend) (Bitte geben Sie das Datum der Namensänderung an und legen Sie, falls vorhanden, eine Kopie der amtlichen Unterlagen bei.)	2.6
2.7	Geburtsdatum (TAG/MONAT/JAHR)	2.7
2.8	Geburtsort (Land/Bundesstaat (Bundesland/Kanton)/Ort)	2.8
2.9	Staatsangehörigkeit/Nationalität Wann wurde sie erworben, wenn nicht durch Geburt? Weitere bzw. frühere Staatsangehörigkeit/Nationalität Wann wurde(n) sie erworben, wenn nicht durch Geburt?	2.9
2.10	Aktuelle Anschrift Bitte geben Sie die Landes- und Ortsvorwahlen für Telefon- und Faxnummern an.	2.10
	Straße Hausnummer	
	Wohnort	
	Bundesstaat/Bundesland/Kanton	
	PLZ	
	Land	
	Telefon	
	Telefax	
2.11	Name, Anschrift und Telefonnummer eines Verwandten	2.11

3 DURCH WELCHE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT WURDE DIE POLICE AUSGESTELLT? 3

3.1 *Name der Versicherungsgesellschaft* **3.1**
(Bitte auf die Liste der beteiligten Versicherungsträger in Anlage 1 Bezug nehmen)

- Der Name der Gesellschaft ist: _____
- Der Name der Gesellschaft ist mir nicht bekannt, aber ich glaube, aus dem folgenden Grund, dass einer der beteiligten Versicherungsträger die Police ausgestellt haben könnte: _____
- _____
- _____

3.2 Ort, an dem die Versicherungspolice erworben wurde: **3.2**

Land _____

Bundesstaat/Bundesland/Kanton _____

Ort _____

3.3 Sonstige Informationen, welche Nachforschungen erleichtern könnten (z. B. Name des Versicherungsvertreters oder Vermittlers, der die Police verkauft hat, Briefkopf, Firmenlogo usw.) **3.3**

4 UNTERLAGEN 4

4.1 *Können Sie uns Kopien von Unterlagen und/oder Erklärungen und/oder sonstige Informationen zur Begründung Ihres Anspruchs vorlegen?* **4.1**

Ja Nein

- Falls ja: Police
- Schriftwechsel
- Beitragszahlungen
- Sonstige Dokumente und/oder Erklärungen und/oder Informationen.
Bitte genau angeben:

LEGEN SIE BITTE KOPIEN ALLER UNTERLAGEN BEI, DIE SICH IN IHREM BESITZ BEFINDEN, UM EINE SCHNELLE UND KORREKTE BEARBEITUNG IHRES ANSPRUCHS ZU GEWÄHRLEISTEN.

5.1 Art der Versicherungspolice 5.1

- Lebensversicherung
 Rentenversicherung
 Gemischte Lebensversicherung
 Aussteuer- oder Ausbildungsversicherung
 Sonstige, bitte angeben: Seguro de vida:
-
-

5.2 Policennummer 5.2

5.3 Währung 5.3

5.4 Nennwert 5.4

5.5 Datum der Ausstellung (fundierte Schätzungen des Erwerbs- oder Ausstellungsdatums der Police können zur Entscheidung über Ihren Anspruch hilfreich sein und sollten mit aufgenommen werden. Wenn Sie jedoch keine Ahnung haben, wann die Police erworben oder ausgestellt wurde, stellen Sie bitte keine reinen Vermutungen an bzw. raten Sie nicht). 5.5

5.6 Fälligkeitsdatum 5.6

5.7 Haben Sie Kenntnis von irgendwelchen Auszahlungen aufgrund dieser Police? 5.7

- Ja Nein

Falls ja:

Wann?

An wen?

Betrag?

Bitte geben Sie die Art der Auszahlung an:

- Zahlung auf ein Sperrkonto**
 (auf den Namen des Policeninhabers lautendes Konto mit beschränktem Zugriff, d.h. Transaktionen waren nur mit staatlicher Genehmigung möglich)
- Zahlung an eine Regierung nach Beschlagnahme der Versicherungspolice**
 (Police wurde von einer Regierung beschlagnahmt und die Erträge mussten danach von der Gesellschaft direkt an die Regierung gezahlt werden)
- Darlehen oder Vorschuss auf Versicherungspolice**
 (ein Darlehen gegen die Versicherungspolice, das dem Policeninhaber von der Versicherungsgesellschaft gewährt wurde)
- Auszahlung des Rückkaufswerts**
 (vorzeitige Rückgabe der Police an die Gesellschaft gegen Auszahlung des Rückkaufswerts in bar)
- Abfindungszahlung**
 (Zahlung seitens der Versicherungsgesellschaft im Zusammenhang mit Ansprüchen aus der Police, einschließlich Zahlungen bei Fälligkeit der Police oder bei Tod des Versicherten)

- 5.8 Zahlungsweise für die Prämie: 5.8
 Einmalige Zahlung
 Wöchentliche/monatliche/jährliche Zahlung
-
- 5.9 Prämienbetrag 5.9
-
- 5.10 Wurden nach Ihrem besten Wissen alle Prämien gezahlt? 5.10
 Wenn nicht, wie lange wurden Zahlungen vorgenommen?
 Warum wurden die Zahlungen eingestellt?
-
- 5.11 Hat jemand mit der Versicherungsgesellschaft bezüglich dieser Versicherungspolice Kontakt aufgenommen? 5.11
 Falls ja, bitte den Namen der Person, das Jahr etc. angeben.
 (Bitte fügen Sie Kopien des einschlägigen Schriftwechsels mit der Versicherungsgesellschaft bei.)

6 POLICENINHABER 6

Der Begriff „Policeninhaber“ bezieht sich auf die Person (männlichen oder weiblichen Geschlechts), die die Versicherungspolice erworben hat. Bitte tragen Sie hier den Namen ein, wie er auf einem offiziellen Dokument, z.B. einer Versicherungspolice, erscheint. Geben Sie auch alle bekannten alternativen Schreibweisen an.

- 6.1** *Nachname des Policeninhabers* **6.1**
-
- 6.2** *Vorname des Policeninhabers* **6.2**
-
- 6.3 Weitere Vornamen des Policeninhabers 6.3
-
- 6.4** *Mädchenname des Policeninhabers (falls zutreffend)* **6.4**
-
- 6.5 Geschlecht Männlich Weiblich 6.5
-
- 6.6** Namensänderungen, einschließlich eventuelle Änderungen der Schreibweise, und, falls vorhanden, amtliche Unterlagen zur Namensänderung **6.6**
-
-
-
- 6.7 Weitere von dem Policeinhaber benutzte Namen (einschliesslich Pseudonyme) 6.7
-
-
-
-
- 6.8** *Geburtsdatum des Policeninhabers (TAG/MONAT/JAHR)* **6.8**
-
- 6.9** *Geburtsort des Policeninhabers (Land/Bundesstaat (Bundesland/Kanton)/Ort)* **6.9**
-
- 6.10 Falls zutreffend, Todesdatum (TAG/MONAT/JAHR) und Sterbeort des Policeninhabers oder Annäherungen 6.10
-
-

6.11 *Staatsangehörigkeit des Policeninhabers* **6.11**
Wann erworben, wenn nicht durch Geburt? _____
Alle früheren Staatsangehörigkeiten (falls zutreffend) und _____
von wann bis wann? _____

6.12 Frühere bekannte Wohnorte des Policeninhabers vor 1945, einschließlich Aufenthalte in Lagern, Ghettos etc. **6.12**
Wie lange hielt sich der Policeninhaber an diesen Orten auf? _____
Bitte geben Sie, falls möglich, Daten an. _____

6.13 Wenn der Policeninhaber über seinen Arbeitgeber **6.13**
versichert war, welchen Beruf übte der Policeninhaber
aus und was war der Name des Arbeitgebers bis 1945? _____

6.14 Was ist Ihre Beziehung zum Policeninhaber **6.14**
(z. B. Ehemann, Ehefrau, Kind etc.)? _____

6.15 *Sind Ihnen noch weitere lebende Erben des* **6.15**
Policeninhabers bekannt?
 Ja Nein
Falls ja, geben Sie bitte Namen und Adressen an. _____

7 **VERSICHERTER** **7**

Der Begriff „Versicherter“ bezieht sich auf die Person (männlichen oder weiblichen Geschlechts), die durch die Versicherungspolice versichert war.

7.1 *Nachname des Versicherten* **7.1**

7.2 *Vorname des Versicherten* **7.2**

7.3 Weitere Vornamen des Versicherten **7.3**

7.4 *Mädchenname des Versicherten (falls zutreffend)* **7.4**

7.5 Geschlecht Männlich Weiblich **7.5**

7.6 Namensänderungen, einschließlich Änderungen **7.6**
der Schreibweise (falls zutreffend) _____

7.7 Weitere vom Versicherten verwendete Namen (einschließlich Pseudonyme) 7.7

7.8 *Geburtsdatum des Versicherten (TAG/MONAT/JAHR)* **7.8**

7.9 *Geburtsort des Versicherten (Land/Bundesstaat (Bundesland/Kanton)/Ort)* **7.9**

7.10 Falls zutreffend, Todesdatum (TAG/MONAT/JAHR) und Sterbeort des Versicherten oder Annäherungen 7.10

7.11 *Staatsangehörigkeit des Versicherten* **7.11**

Wann wurde sie erworben, wenn nicht durch Geburt?
Alle früheren Staatsangehörigkeiten (falls zutreffend) und von wann bis wann?

7.12 Frühere bekannte Wohnorte des Versicherten vor 1945, einschließlich Aufenthalte in Lagern, Ghettos etc. 7.12

Wie lange hielt sich der Versicherte an diesen Orten auf?
Bitte geben Sie, falls möglich, Daten an.

7.13 Was ist Ihre Beziehung zum Versicherten (z. B. Ehemann, Ehefrau, Kind etc.)? 7.13

7.14 *Sind Ihnen noch weitere lebende Erben des Versicherten bekannt?* **7.14**

Ja Nein
Falls ja, geben Sie bitte Namen und Adressen an.

Der Begriff „Begünstigter“ bezieht sich auf die in der Police genannte Person (männlichen oder weiblichen Geschlechts), die Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistung hat.

8.1	<i>Nachname des Begünstigten</i>	8.1
8.2	<i>Vorname des Begünstigten</i>	8.2
8.3	Weitere Vornamen des Begünstigten	8.3
8.4	<i>Mädchenname des Begünstigten (falls zutreffend)</i>	8.4
8.5	Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8.5
8.6	Namensänderungen, einschließlich Änderungen der Schreibweise (falls zutreffend) _____ _____	8.6
8.7	Sonstige vom Begünstigten verwendete Namen (einschließlich Pseudonyme) _____ _____ _____ _____	8.7
8.8	<i>Geburtsdatum des Begünstigten (TAG/MONAT/JAHR)</i>	8.8
8.9	<i>Geburtsort des Begünstigten (Land/Bundesstaat (Bundesland/Kanton)/Ort)</i>	8.9
8.10	Falls zutreffend, Todesdatum (TAG/MONAT/JAHR) und Sterbeort des Begünstigten oder Annäherungen	8.10
8.11	<i>Staatsangehörigkeit des Begünstigten</i> Wann wurde sie erworben, wenn nicht durch Geburt? _____ Alle früheren Staatsangehörigkeiten (falls zutreffend) _____ und von wann bis wann? _____ _____	8.11
8.12	Frühere bekannte Wohnorte des Begünstigten vor 1945, einschließlich Aufenthalte in Lagern, Ghettos etc. _____ Wie lange hielt sich der Begünstigte an diesen Orten auf? _____ Bitte geben Sie, falls möglich, Daten an. _____ _____ _____ _____ _____ _____	8.12

8.13 Was ist Ihre Beziehung zum Begünstigten (z. B. Ehemann, Ehefrau, Kind etc.)? 8.13

8.14 *Sind Ihnen noch weitere lebende Erben des Begünstigten bekannt?* **8.14**

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Namen und Adressen an.

9 **ENTSCHÄDIGUNG** 9

9.1 *Waren Sie oder eine andere Person an einem Rückerstattungs-/Entschädigungsverfahren für diesen Anspruch beteiligt?* **9.1**

Ja Nein Ich weiß nicht

Falls ja, kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Angaben an (Bitte geben Sie die BEG-Nummer oder sonstige Verfahrensregistrationsnummern an)

- Deutsche Wiedergutmachung, Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
- Bundesrückerstattungsgesetz (BRüG)
- International Commission on Holocaust-Era Insurance Claims (ICHEIC)
- Deutsche Stiftungsinitiative (GFI/German Foundation Initiative)
- Österreichisches Entschädigungsgesetz
- U.S. Foreign Claims Settlement Commission
- Sonstige, bitte hier angeben: _____

Falls ja, welche Summe wurde gezahlt und an wen?

Falls Sie einen Antrag gestellt, aber keine Zahlung erhalten haben, was war der Grund hierfür?

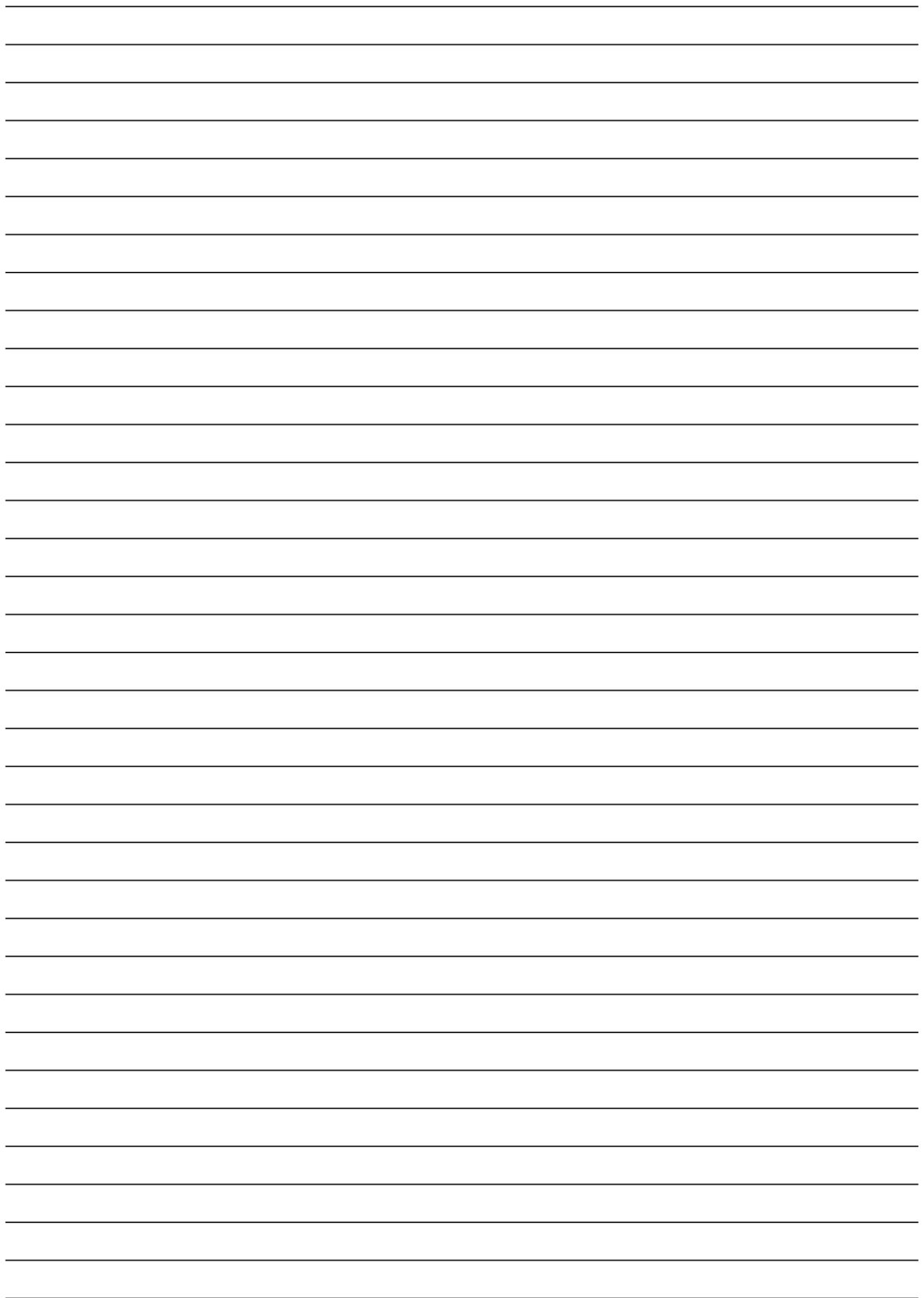
10 **ANGABEN ZUM VERTRETER DES ANSPRECHERS** 10

WERDEN SIE DURCH EINE ANDERE PERSON VERTRETEN? (Eine Vertretung ist **nicht** erforderlich.)

Falls ja, müssen Sie diesen Abschnitt ausfüllen.

Es ist sehr wichtig, dass Ihr Vertreter die erste Seite dieses Formulars und die Einverständniserklärung unterzeichnet.

10.1 Nachname des Vertreters 10.1



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND VOLLMACHTSERTEILUNG

Der Unterzeichnete ermächtigt hiermit die beteiligten Versicherungsträger und das Schiedsgericht für nachrichtenlose Konten („Schiedsgericht“), den im Anmeldeformular für Versicherungsansprüche im Rahmen der Vergleichsvereinbarung mit Schweizer Banken beschriebenen Anspruch („Anspruch“) zu prüfen. Der Unterzeichnete ermächtigt diese darüber hinaus, Kopien von Unterlagen mit persönlichen Daten anzufertigen und diese Daten zur Prüfung des Anspruchs zu verwenden.

Alle in dieser Einverständniserklärung beschriebenen Unterlagen dürfen nur zur Prüfung und/oder Bearbeitung des Anspruchs verwendet werden.

Der Unterzeichnete erkennt hiermit an, dass zur Durchführung dieser Prüfung eine Verarbeitung persönlicher Daten durch die beteiligten Versicherungsträger oder das Schiedsgericht erforderlich sein kann. Diese Daten können besonders schützenswerte Personendaten enthalten (gemäß der Definition in der Europäischen Richtlinie Nr. 95/46, dem Datenschutzgesetz von 1998 (Großbritannien), dem Eidgenössischen Datenschutzgesetz von 1992 und anderen anwendbaren nationalen Datenschutzgesetzen).

Die beteiligten Versicherungsträger oder das Schiedsgericht müssen diese Daten unter Umständen auch Dritten offenlegen und sie an Gerichtsbarkeiten außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums

und/oder der Schweiz weiterleiten (selbst wenn in diesen Gerichtsbarkeiten nicht das gleiche oder kein ähnliches Datenschutzniveau für persönliche Daten besteht wie im europäischen Wirtschaftsraum und/oder in der Schweiz).

Der Unterzeichnete erklärt sich hiermit mit einer derartigen Verarbeitung, Offenlegung oder Weiterleitung von Daten einverstanden.

Der Unterzeichnete genehmigt hiermit ferner, dass Nachforschungen bei allen einschlägigen Regierungsbehörden, nicht-staatlichen Organisationen und in einschlägigen Archiven angestellt werden und dass diese Behörden/Organe/Organisationen den beteiligten Versicherungsträgern alle angeforderten Informationen aushändigen, einschließlich, ohne Einschränkung, Fotokopien relevanter Archivmaterialien. Um diesen Prozess zu erleichtern, ermächtigt der Unterzeichnete hiermit die beteiligten Versicherungsträger und das Schiedsgericht, alle Informationen einzuholen, die zur Klärung der Frage erforderlich sind, ob die im Anspruch beschriebenen Policen durch das Naziregime beschlagnahmt wurden, ob sie den Wiedergutmachungsverfahren der Bundesrepublik Deutschland unterlagen und ob eine Wiedergutmachung bezahlt wurde. Der Unterzeichnete erteilt den beteiligten Versicherungsträgern und dem Schiedsgericht ferner Vollmacht, Kopien der vorhandenen Unterlagen einzuholen.

ANERKENNUNG BETREFFEND GERICHTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT

Der Unterzeichnete erkennt hiermit an, dass entsprechend Amendment Nr. 2 der Vergleichsvereinbarung mit Schweizer Banken die Teilnahme eines beteiligten Versicherungsträgers an der Vergleichsvereinbarung diesen nicht der Gerichtsbarkeit des United States District Court for the Eastern District of New York (US-Bezirksgericht für den östlichen Bezirk von New York) oder der

Gerichtsbarkeit eines anderen bundesstaatlichen oder staatlichen Gerichts der Vereinigten Staaten unterstellt, und dass, wie ebenfalls in Amendment Nr. 2 der Vergleichsvereinbarung festgehalten, die Parteien des Vergleichs nicht behaupten werden, dass ein beteiligter Versicherungsträger dieser Gerichtsbarkeit untersteht.

UNTERSCHRIFTEN

Mit meiner Unterschrift unter diesem Formular erkläre ich mich mit der vorstehenden Einverständniserklärung und Vollmachtserteilung, der Zusicherung der Klageunterlassung sowie der Anerkennung betreffend gerichtliche Zuständigkeit einverstanden.

Zu beachten: Alle Zeilen müssen ausgefüllt werden. Wenn die Antwort nicht bekannt ist, tragen Sie UNBEKANNT ein. Wenn keine Unterschrift geleistet wird, geben Sie bitte den Grund an, z.B. VERSTORBEN, KONTAKT VERLOREN.

1. Name des Ansprechers _____ Unterschrift _____
Geburtsdatum _____ DÍA /MES /AÑO _____ Datum der Unterzeichnung _____
Geburtsort _____ Ort der Unterzeichnung _____
Anschrift des Ansprechers _____

2. Name des Policeninhabers _____ Unterschrift _____
Geburtsdatum _____ DÍA /MES /AÑO _____ Datum der Unterzeichnung _____
Geburtsort _____ Ort der Unterzeichnung _____
Beziehung des Ansprechers zum Policeninhaber _____ oder Begründung des Fehlens der Unterschrift _____
Anschrift des Policeninhabers _____

3. Name des Versicherten _____ Unterschrift _____
Geburtsdatum _____ DÍA /MES /AÑO _____ Datum der Unterzeichnung _____
Geburtsort _____ Ort der Unterzeichnung _____
Beziehung des Ansprechers zum Versicherten _____ oder Begründung des Fehlens der Unterschrift _____
Ansprechers zum Versicherten _____

4. Name des Begünstigten _____ Unterschrift _____
Geburtsdatum _____ DÍA /MES /AÑO _____ Datum der Unterzeichnung _____
Geburtsort _____ Ort der Unterzeichnung _____
Beziehung des Ansprechers zum Begünstigten _____ oder Begründung des Fehlens der Unterschrift _____
Ansprechers des Begünstigten _____

UNTERSCHRIFT DES VERTRETERS DES ANSPRECHERS

Wenn Sie einen Vertreter (z. B. Rechtsanwalt) haben, muss er diese Einverständniserklärung unterzeichnen:

5. Name des Vertreters _____ Unterschrift _____
Datum der Unterzeichnung _____
Ort der Unterzeichnung _____