

Änderung der Bezugsberechtigung im Todesfall

Zur Verfügung unterschiedlicher Bezugsrechte bei mehreren Verträgen, nutzen Sie bitte zusätzliche Formulare. Für eine schnellstmögliche Bearbeitung im Leistungsfall, bitten wir Sie, die Angaben zum Bezugsberechtigten vollständig auszufüllen.

Versicherungsnummer	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zum Versicherungsnehmer

Anrede		Titel	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	Nachname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße			Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon	E-Mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Neue widerrufliche Bezugsberechtigung im Todesfall

<input type="checkbox"/> Eine andere Person			
<input type="checkbox"/> Firma			
Anrede		Titel	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	Nachname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße			Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon	E-Mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Bitte vervollständigen Sie Ihre Angaben auf der nächsten Seite 



Möchten Sie ein Bezugsrecht für eine Firma – zum Beispiel ein Bestattungsinstitut – verfügen, tragen Sie dies bitte hier ein:

Firmenname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Möchten Sie weitere Bezugsrechte verfügen? Bitte nutzen Sie die folgenden Felder:

Mehrere andere Personen zu gleichen Teilen

Nachrangig

Anrede

Frau

Herr

Titel

Geburtsdatum

Vorname(n)

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Bitte vervollständigen Sie Ihre Angaben auf der nächsten Seite 



Anrede		Titel		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr				
Vorname(n)			Nachname		
Straße				Hausnummer	
Postleitzahl		Ort			
Telefon			E-Mail		

Möchten Sie weitere Bezugsrechte verfügen, nutzen Sie bitte eine separate Seite und reichen diese unterschrieben mit diesem Formular ein.



Falls die Versicherte Person abweicht, ist eine Unterschrift der Versicherten Person erforderlich (siehe 2. Unterschriftenfeld).

Datum und Unterschrift Versicherungsnehmer	Datum und Unterschrift Versicherte Person

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

IDEAL Versicherung AG · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 24950 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Aktiengesellschaft · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

IDEAL Sterbekasse Lebensversicherung AG · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 163904 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Aktiengesellschaft · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Karlheinz Fritscher · Vorstand: Percy Wippler, Madeleine Bremme, Christoph Glinka



Ihre Rücksendemöglichkeiten

per **Post** an

IDEAL Versicherung
Postfach 11 01 20
10831 Berlin

per **E-Mail** an
service@ideal-versicherung.de

per **Fax** an
030/25 87-80

bei Rückfragen
030/25 87-259

