INTER Lebensversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

Erklärung zur Bezugsberechtigung

Vertrags-Nummer: _____

Antragsteller (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)

(Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Erklärung des Versicherungsnehmers

Die Bezugsberechtigung regele ich wie folgt:

Erlebensfall (nicht bei Risikoversicherung)

☐ Versicherungsnehmer (nicht bei Direktversicherung)

☐ Versicherte Person

☐ Andere Festlegung (andere Person mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Todesfall

☐ Versicherungsnehmer (nicht bei Direktversicherung)

☐ In nachstehender Rangfolge:

a) Der bei Tod in gültiger Ehe lebende Ehegatte der versicherten Person
b) Die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person
c) Die Eltern der versicherten Person
d) Die Erben der versicherten Person

☐ Andere Festlegung (andere Person mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers (Vor- und Zuname)

K63000VL999600000

zan lv be bzb1 2010 ty 12264 ID049
K63000VL999600000

INTER Lebensversicherung AG; Vorstand: Dr. Michael Solf (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz, Michael Schillinger, Roberto Svenda; Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas; Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 704610 beim Amtsgericht Mannheim