

Bitte zurück an:

LPV Lebensversicherung AG
40718 Hilden

oder per
E-Mail an: info@lifestyle-protection.com
Fax an: +49 2103 34-9535

Erklärung zum widerruflichen Bezugsrecht

Diese Erklärung gilt nicht für Verträge der betrieblichen Altersversorgung, Riesterrenten und Basisrenten (Rüruprenten)

Versicherungsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Versicherungsnehmer (VN)

w m Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____ Geb.-Name _____ Fam.-Stand _____
Tag Monat Jahr Länderkennz.

Tel.-Nr. _____ E-Mail _____

Empfänger der Versicherungsleistung soll sein:

Im Erlebensfall (bitte nur eine Position ankreuzen)

ich als der Versicherungsnehmer

oder

die folgende namentlich benannte Person (wenn mehrere Personen genannt werden, gilt: zu gleichen Teilen)

w m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

w m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

w m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Unsere aktuellen Datenschutzhinweise finden Sie unter: www.lifestyle-protection.com/datenschutz

