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 (Tag Monat Jahr) Nationalität (Länderkennz.) Geb.-Name Fam.-Stand

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

Im Todesfall (bitte nur eine Position ankreuzen)

☐ ich als der Versicherungsnehmer (soweit ich nicht die versicherte Person bin)

oder

☐ in nachstehender Rangfolge
Rangfolge bedeutet: Nur die zuerst benannte Person erhält die gesamte Leistung. Falls diese Person verstirbt, ist die jeweils nachfolgende Person begünstigt.

1. Der Ehepartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in gültiger Ehe verheiratet ist bzw. der Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt,
2. leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleichgestellte Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen,
3. die Eltern der versicherten Person zu gleichen Teilen,
4. die Erben der versicherten Person

oder

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

oder

☐ abweichend hiervon in Rangfolge
Rangfolge bedeutet: Nur die zuerst benannte Person erhält die gesamte Leistung. Falls diese Person verstirbt, ist die jeweils nachfolgende Person begünstigt.

1 ☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

2 ☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

3 ☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

4 ☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

Sollte das gewünschte Bezugsrecht hier nicht aufgeführt sein, teilen Sie uns dies bitte separat in Text- oder Schriftform mit.

Unterschrift

Unterschrift Versicherungsnehmer ✗ _____
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

Unterschrift Versicherte Person ✗ _____
sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

Ort/Datum _____

Unterschrift Mitversicherte Person ✗ _____
falls vorhanden und vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

---