

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 Frau Herr Titel Geburtsdatum

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. | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: <https://www.idvers.de/Datenschutz>
 Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 2074 B | Ust-IDNr: DE136626832 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE36 1007 0000 0460 3031 00 | BIC: DEUTDEBBXXX
 Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus

IDEAL Versicherung AG | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: <https://www.idvers.de/Datenschutz>
 Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 24950 B | Ust-IDNr: DE814716420 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE66 1007 0000 0460 3239 00 | BIC: DEUTDEBBXXX
 Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus

IDEAL Sterbekasse Lebensversicherung AG | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: <https://www.idvers.de/Datenschutz>
 Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 163904 B | Ust-IDNr: DE815163895 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE97 1007 0000 0460 3247 00 | BIC: DEUTDEBBXXX
 Vorstand: Percy Wippler, Madeleine Bremme, Christoph Glinka | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Maximilian Beck



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

