

V0029

Bei mehreren Versicherungsverträgen von verschiedenen Versicherungsunternehmen bitte gesonderte Bestätigung einreichen

Bestätigung über einen Versicherungsvertrag

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung (wenn bereits vergeben)			

1 Angaben zum Versicherungsvertrag

Versicherungsnummer des Vertrages / Geschäftszeichen	Datum des Vertragsabschlusses	Versicherungsbeginn
------------------------------------------------------	-------------------------------	---------------------

1.1 Kapitallebensversicherung

<input type="checkbox"/> mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

1.2 Rentenversicherung

<input type="checkbox"/> mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> mit Hinterbliebenenabsicherung	<input type="checkbox"/> ohne Hinterbliebenenabsicherung

1.3 Ergänzende Risikolebensversicherung

<input type="checkbox"/> mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

1.4 Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung

2 Versicherungsleistungen werden **fällig** und ausgezahlt

- bei Erleben des _____ Lebensjahres
- bei Berufsunfähigkeit (einschließlich weiterem Aufbau der Erlebensfalleistung)
- im Todesfall (bei Rentenversicherungen zählen hierzu nur Renten an Hinterbliebene)

3 Die Versicherungsleistung ist **zahlbar**

im Erlebensfall

<input type="checkbox"/> an den Versicherten	<input type="checkbox"/> an sonstige Bezugsberechtigte
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------

im Todesfall

<input type="checkbox"/> an die Hinterbliebenen des Versicherten i. S. der §§ 46 bis 49 SGB VI	<input type="checkbox"/> an sonstige Bezugsberechtigte
------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

4 Gesamtinkassobetrag

aktueller Monatsbetrag	Jahresbetrag
EUR	EUR

Wir bescheinigen hiermit, dass der Antragsteller sowohl Versicherungsnehmer als auch Versicherter ist bzw. im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung versichert wird, eine laufende Beitragszahlung vereinbart ist und der Versicherungsschutz in Kraft ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsunternehmens

