

BÅNDLÆGGELSE

Læs den vedlagte vejledning, inden du udfylder erklæringen. Har du spørgsmål, er du altid velkommen til at kontakte din rådgiver.

1. Kundeoplysninger

CPR nr.:	Navn.:	
Adresse:	Postnr.:	By:

2. Forsikringsoplysninger

Forsikringsnummer _____

Begunstigelsen skal gælde alle dækninger under det angivne forsikringsnummer medmindre andet er anført her (sæt ét kryds):

begunstigelsen gælder kun den opsparing, der er tilknyttet forsikringen

begunstigelsen gælder kun den gruppelevsfor sikring, der er knyttet til forsikringen

Som led i begunstigelsen bestemmer jeg, at udbetaling ved min død skal båndlægges for en eller flere af de personer, jeg allerede har begunstiget. Båndlæggelsen skal gælde for følgende:

Navn:	CPR-nr.:
Navn:	CPR-nr.:
Navn:	CPR-nr.:
Navn:	CPR-nr.:

Båndlæggelse skal ske til følgende godkendte forvaltningsinstitut: _____

Udfyldes dette felt ikke, vil skifteretten fastlægge, hvilket forvaltningsinstitut pengene skal anbringes i.

Rådighed over udbetalingen:

Udbetaling skal være båndlagt indtil det fyldte ____ år.

3. Kundens underskrift

Ved min underskrift bekræfter jeg samtidig at have læst den vedlagte vejledning.

Dato _____ Forsikringstagers underskrift _____