



Bitte zurück an:

Société Générale Insurance
Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg
FAX: 040 / 271 656 195
leistungsservice@socgen.com

Leistungsfallnummer: _____ (unser Zeichen)

Versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____

Damit wir die Leistungszahlung auszahlen können, müssen alle Erben der versicherten Person unterschreiben.

Erben-Einigungserklärung

Die Leistungszahlung soll gezahlt werden an:

Name des Kontoinhabers*

Anschrift des Kontoinhabers

Geldinstitut

Steuernummer:

----------------------	----------------------

IBAN

BIC

----------------------	----------------------

Wir versichern: Weitere Erben als die Unterzeichner sind nicht vorhanden.

* Bei einem/r abweichenden Kontoinhaber/in erkläre ich, dass ich den/die Kontoinhaber/in darüber informiert habe, dass zum Zwecke der oben genannten Auszahlung die genannten personenbezogenen Daten von der SOGESSUR S.A. – Deutsche Niederlassung und SOGECAP S.A. – Deutsche Niederlassung gespeichert und verarbeitet werden.

Name der Erben

Geburtsdatum

Unterschrift der Erben

und ggf. Unterschriften der gesetzl. Vertreter:

Ort / Datum