



Begunstigelseserklæring

DMF Gruppelivsforsikring

Policenummer 045370030-02

Forsikredes navn _____

CPR-nr. _____

Adresse _____

Postnr./by _____

Jeg ønsker, at forsikringssummen i tilfælde af min død i forsikringsperioden udbetales til: (Anfør navn, cpr. nr., adresse samt evt. slægtskab. Skal flere begunstiges, angives fordeling mellem disse, f.eks. til lige deling eller %deling. Såfremt du ikke har noteret nogen begunstigede, vil erstatningen ved dødsfald udbetales til dine nærmeste pårørende.)

Dato: _____

Underskrift: _____