

# BEZUGSRECHT

Bitte füllen Sie diesen Auftrag in Druckbuchstaben aus und senden Sie das unterschriebene Original an:

Harald Steib  
Leipziger Platz 21  
90491 Nürnberg

Tel. 0911 - 52 78 96 23  
Fax 0911 - 52 78 96 09

\_\_\_\_\_  
Name der Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

## Erklärung zur Lebensversicherung Nr. \_\_\_\_\_

## Name des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Bitte ändern Sie für meine aufgeführte Versicherung das Bezugsrecht.

Bezugsberechtigt für die Versicherungsleistung soll sein

für den **Todesfall** des Versicherten:

- der Versicherungsnehmer
- der überlebende Versicherte
- der Ehegatte des Versicherten, mit dem sie bei seinem Ableben verheiratet war
- das mitversicherte Kind
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

bei **Erleben** des Ablauftermins:

- der Versicherungsnehmer
- die Versicherten zu gleichen Teilen
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, (Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers)