

Kundennummer _____
Polizzenummer _____
Versicherungsnehmer _____

ANTRAG AUF BEZUGSRECHTSÄNDERUNG

Bezugsberechtigter im Erlebensfall

Vorname / Name _____
Geburtsdatum _____

Bezugsberechtigter im Ablebensfall

Vorname / Name _____
Geburtsdatum _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers