

Kundenauftrag Änderung des Bezugsrechts / Seite 1/2

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Schuster & Dr. König KG

An der Dreikönigskirche 8 • 01097 Dresden

Tel.: 0351/811358-0

Fax: 0351/811358-29

info@sk-vm.de

http://www.sk-vm.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Änderung des Bezugsrechts Bitte vermerken Sie die die Änderung des Bezugsrechts und bestätigen Sie Erledigung.</p>	<p><input type="checkbox"/> widerrufliche Änderung <input type="checkbox"/> unwiderrufliche Änderung</p>
<p>Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>Wirksamwerden der Änderung</p>	<p><input type="checkbox"/> ab _____ <input type="checkbox"/> ab sofort</p>
<p>Die Änderung des Bezugsrechts gilt für folgende Verträge</p>	<p><input type="checkbox"/> alle Verträge des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ausschließlich für die oben genannten Verträge</p>
<p><input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechts bei Ablauf und bei Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherte Person <input type="checkbox"/> Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person: Name, Vorname: _____ Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____ Verwandtschaftsgrad: _____ <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: _____</p>

Kundenauftrag Änderung des Bezugsrechts / Seite 2/2

<input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechts bei vorzeitigem Tod der Versicherten	<input type="checkbox"/> keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> In der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten: 1. Der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war. 2. Die ehelichen und die ihnen gleichgestellten Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen. 3. Die Eltern des Versicherten zu gleichen Teilen. 4. Die gesetzlichen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen <input type="checkbox"/> Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person: Name, Vorname: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/> Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: <input type="text"/>
Weitere Hinweise	<input type="text"/>
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ Datum Ort ggf. Unterschrift
Rev002 vom 28.01.2020	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor / bei.