



**Antrag auf Änderung der Bezugsberechtigung**

---

**Versicherung Nr/n.**

Versicherte/r: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer/in : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

**Bezugsberechtigung *im Todesfall* zu o.g. Versicherung/en:**

**1.**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geb. Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

evtl. Anschrift \_\_\_\_\_

**und**       **oder**       **im Falle des Ablebens zu 1.**

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

**2.**

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geb. Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

evtl. Anschrift \_\_\_\_\_

weitere gewünschte BZB ( z.B. Bestattungsunternehmen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Versicherungsnehmer/in**