

**/ Kundenauftrag Änderung des Bezugsrechts / Seite 1/2**

**Beratung durch:**

artemis Versicherungsmakler GmbH  
Am Felde 132 • 22765 Hamburg  
Tel.: 040/ 3808935-100 • Fax: 040/ 3808935-101  
info@artemis-makler.de  
http://www.artemis-makler.de

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Änderung des Bezugsrechts</b> 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><b>Vertragsnummer(n)</b> <b>Versicherungsunternehmen</b> <b>optional Fax / Mail</b></p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p><b>Wirksamwerden der Änderung</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> ab sofort</p>
<p><b>Die Änderung des Bezugsrechts gilt für folgende Verträge</b></p>	<p><input type="checkbox"/> alle Verträge des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ausschließlich für die oben genannten Verträge</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Änderung des Bezugsrechts bei Ablauf und bei Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung</b></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: Verwandschaftsgrad: _____ <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: _____</p>

■ / Kundenauftrag Änderung des Bezugsrechts / Seite 2/2

<input type="checkbox"/> <b>Änderung des Bezugsrechts bei vorzeitigem Tod der Versicherten</b>	<input type="checkbox"/> keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> In der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war.</li> <li>2. Die ehelichen und die ihnen gleichgestellten Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen.</li> <li>3. Die Eltern des Versicherten zu gleichen Teilen.</li> <li>4. Die gesetzlichen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen</li> </ol> <input type="checkbox"/> Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person: Name, Vorname: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Geburtsdatum: Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: <input type="text"/>
<b>Weitere Hinweise</b>	<input type="text"/>
<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b>	<hr/> <b>Ort, Datum, Unterschrift</b>
	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.