


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

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Änderung des Bezugsrechts Bitte vermerken Sie die die Änderung des Bezugsrechts und bestätigen Sie Erledigung.	<input type="checkbox"/> widerrufliche Änderung <input type="checkbox"/> unwiderrufliche Änderung
Vertragsnummer(n) Versicherungsunternehmen optional Fax / Mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wirksamwerden der Änderung	<input type="checkbox"/> ab <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ab sofort
Die Änderung des Bezugsrechts gilt für folgende Verträge	<input type="checkbox"/> alle Verträge des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ausschließlich für die oben genannten Verträge
<input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechts bei Ablauf und bei Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung	<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: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/> Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: <input type="text"/>

<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	<hr/> Ort, Datum, Unterschrift
Rev001 vom 14.10.2009	<input type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.