

Per Fax: 030/31007-2600 oder 030/31007-2602

Versicherungs-Nr.: _____

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 21 01 50

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname bzw. Firma

Geburtsdatum

Versicherte Person:
(wenn abweichend zum Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Änderung des Bezugsrechts

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen

Das Bezugsrecht meiner bestehenden Versicherung soll ab sofort wie folgt geändert werden:

Bezugsrecht im Erlebensfall:

- Der/die Versicherungsnehmer/in
- Die versicherte Person
- Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

Nachname, Vorname _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ ggf. Verwandtschaftsgrad: _____

Bezugsrecht im Todesfall:

- Der/die Versicherungsnehmer/in
- Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

Nachname, Vorname _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ ggf. Verwandtschaftsgrad: _____

Das Bezugsrecht ist widerruflich, d.h. es kann jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalls widerrufen werden.

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift Versicherungsnehmer/in