

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