

Bezugsberechtigung

Die Bayerische
81732 München

Versicherungsnehmer:

Name/Vorname		
Straße		
PLZ	Ort	
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefax

Versicherungsschein-Nummer:
versicherte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Die bisherige Bezugsberechtigung ist ungültig. Ich bestimme, dass für die Leistungssumme (= Versicherungssumme und ggf. Unfallzusatzversicherungssumme, Rente, Überschussanteile) das folgende neue Bezugsrecht gilt.

Sofern nicht anders angegeben, gilt die neue Bezugsberechtigung für alle meine unter der angegebenen Suchnummer bestehenden Versicherungen.

Im Erlebensfall: **Bitte nur eine Auswahl ankreuzen**

- der Versicherungsnehmer
 die versicherte Person
 die namentlich bezeichnete Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Im Ablebensfall: **Bitte nur eine Auswahl ankreuzen**

- in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:
1. der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war; der eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) steht dem Ehegatten gleich
 2. die Kinder des Versicherten
 3. die Eltern des Versicherten

- der Versicherungsnehmer, soweit er nicht versicherte Person ist
 die überlebende versicherte Person bei Versicherungen für 2 verbundene Leben
 die namentlich bezeichnete Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wichtiger Hinweis:

Der Versicherungsnehmer ist jederzeit berechtigt, das Bezugsrecht zu ändern, wenn er nicht auf das Widerrufsrecht verzichtet hat. Sind im Ablebensfall mehrere Personen bezugsberechtigt, so sind sie nebeneinander mit gleichem Anteil berechtigt (z. B. 2 Personen zu je 50%), wenn Sie nicht ausdrücklich bestimmen, dass die Leistungssumme anders aufgeteilt werden soll. Um Irrtümer zu vermeiden, bitten wir, bei Angabe mehrerer Personen das Wort »oder« nicht zu verwenden.

Ist oder wird die Versicherung abgetreten, verpfändet oder gepfändet, wirkt diese Bezugsberechtigung nur, soweit sie das Recht des Gläubigers nicht einschränkt.

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. der gesetzlichen Vertreter
------------	--

- Erledigt Datum und Handzeichen: Kopie für Bayerische Beamten Versicherung AG erledigt