

Absender:

---

  

Rostock,

## Änderung der Bezugsberechtigung

**\*VN = Versicherungsnehmer/-in**

Versicherungsschein-Nummer: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des VN\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des VN\*: \_\_\_\_\_

Name der versicherten Person: \_\_\_\_\_

### **Das Bezugsrecht der Versicherung soll wie folgt geändert werden:**

Im Erlebensfall:     der Versicherungsnehmer  
                          andere Person (bitte Vor-, Zunamen und Geburtsdatum eintragen)

Im Todesfall:       der Versicherungsnehmer (falls nicht versicherte Person), sonst der zum  
                          Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende  
                          Ehegatte  
                          andere Person (bitte Vor-, Zunamen und Geburtsdatum eintragen)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten erfasst, übermittelt und verarbeitet werden.  
Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter »<https://efb-holding.de/kundenservice/datenschutzerklaerung>«!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift VN\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eventuell zweiter VN\*