

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer:**

Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 210150

10501 Berlin

\_\_\_\_\_  
Name oder Firma                      Vorname

**Versicherte Person:**

(falls abweichend zum Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Name oder Firma                      Vorname

**Änderung des Bezugsrechts**

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Das Bezugsrecht meiner bestehenden Versicherung soll ab sofort wie folgt geändert werden:  
**Bezugsberechtigt bei Ablauf und bei Leistung aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung:**  
der Versicherungsnehmer                      die versicherte Person  
die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

\_\_\_\_\_  
Nachname                      Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort                      Geburtsdatum                      ggf. Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.                      PLZ                      Wohnort

**Bei vorzeitigem Tod des Versicherten:**

der Versicherungsnehmer

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.
3. Die Eltern des Versicherten.
4. Die Erben des Versicherten.

Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person:

\_\_\_\_\_  
Nachname                      Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort                      Geburtsdatum                      ggf. Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.                      PLZ                      Wohnort

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers