

Per Fax an: +49 40 219 957 999

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

Entis Lebensversicherung AG  
Postfach 10 24 11

68024 Mannheim

**Versicherungsnehmer:**

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

**Versicherte Person:**

(falls abweichend zum Versicherungsnehmer)

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Änderung des Bezugsrechts**

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