

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
 Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
 Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
 info@hopfauer.de
 http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
 Max Mustermann

für
 Herrn
 Max Mustermann
 am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
 Fax: 09721 / 4764862
 marco@hopfauer.de

<p>Änderung des Bezugsrechts Bitte vermerken Sie die die Änderung des Bezugsrechts und bestätigen Sie Erledigung.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> widerrufliche Änderung <input type="checkbox"/> unwiderrufliche Änderung</p>
<p>Wirksamwerden der Änderung</p>	<p><input type="checkbox"/> ab <input checked="" type="checkbox"/> ab sofort</p>
<p>Die Änderung des Bezugsrechts gilt für folgende Verträge</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> alle Verträge des Versicherungsnehmers <input type="checkbox"/> ausschließlich für folgende Verträge: <input type="text"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechts bei Ablauf und bei Leistung aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherte Person <input type="checkbox"/> Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person: Name, Vorname: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Geburtsdatum: Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: <input type="text"/></p>

<input type="checkbox"/> Änderung des Bezugsrechts bei vorzeitigem Tod der Versicherten	<input type="checkbox"/> keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> 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 zu gleichen Teilen. 3. Die Eltern des Versicherten zu gleichen Teilen. 4. Die gesetzlichen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen <input type="checkbox"/> Die nachfolgend namentlich bezeichnete Person: Name, Vorname: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Geburtsdatum: Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Abweichende Regelung: <input type="text"/>	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Weitere Hinweise	<input type="text"/>	
Unterschrift des Versicherungsnehmers	<hr/> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev001 vom 14.10.2009	<input checked="" type="checkbox"/> Der vorliegende Kundenauftrag enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt. Maklervollmacht liegt bereits vor.	