

Änderungsformular Bezugsrecht

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post an die oben stehende Adresse oder per E-Mail an service@oebv.com.

Mitgliedscheinnummer:

VersicherungsnehmerIn:

Geburtsdatum: d d m m j j j j

Hinweise: Es muss ein namentliches Bezugsrecht angegeben werden. Werden mehrere bezugsberechtigte Personen für einen Vertragsbestandteil angegeben, erfolgt die Aufteilung – soweit nicht anders angegeben – zu gleichen Teilen. Gerichtliche ErwachsenenvertreterInnen dürfen nicht als bezugsberechtigte Personen eingetragen werden.

Ich wünsche eine Änderung des Bezugsrechts für alle Vertragsbestandteile (Hauptversicherung und – wenn vorhanden – Zusatzbausteine bzw. Zusatzversicherungen).

per: 0 1 m m j j j j (bitte Datum einsetzen)

Gewünschtes Bezugsrecht auf folgende Person(en) (Name, Geburtsdatum und Geschlecht):

Ich wünsche eine Änderung des Bezugsrechts für folgende Vertragsbestandteile:

	per (bitte Datum eingeben)	Gewünschtes Bezugsrecht auf folgende Person(en) (Name, Geburtsdatum und Geschlecht)
Hauptversicherung	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
Zusatzbaustein Leistung bei Ableben für folgende versicherte Person(en)		
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	



	per (bitte Datum eingeben)	Gewünschtes Bezugsrecht auf folgende Person(en) (Name, Geburtsdatum und Geschlecht)
Zusatzbaustein Leistung bei Unfalltod für folgende versicherte Person(en)		
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
Risikozusatzversicherung (Z/R) folgende versicherte Person(en)		
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
Unfalltodzusatzversicherung	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	
	d d m m j j j j	

Anmerkungen:

Ist der Vertrag vinkuliert, verpfändet oder abgetreten, ist die Zustimmung des Instituts/der Institute oder der Person(en) erforderlich:

Bei bestehendem unwiderruflichen Bezugsrecht ist für die Änderung auch die Unterschrift dieser bezugsberechtigten Person(en) erforderlich:

 Datum, Firmenstempel und Unterschrift Institut(e) oder Person(en)

 Datum und Unterschrift der bis dato unwiderruflich bezugsberechtigten Person(en)

 Datum, Firmenstempel und Unterschrift Institut(e) oder Person(en)

 Datum und Unterschrift VersicherungsnehmerIn