

ALTE LEIPZIGER
Betriebliche Altersversorgung
Postfach 16 60
61406 Oberursel (Taunus)

Versicherung Nr. _____

Versicherter: _____

Versicherungsnehmer: _____

Vorrangig vor der bisher festgelegten Regelung ist im Einvernehmen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten für den Todesfall widerruflich bezugsberechtigt:

Vorname, Name und ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Verwandschaftsgrad (z.B. Kind, Ehegatte, Lebensgefährte, sonstige)

Anschrift, falls diese von der Anschrift des Versicherten abweicht

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Gleichzeitig werden hiermit bisherige individuell bestellte vorrangige Bezugsrechte widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer ggf. Firmenstempel

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

