



Bitte senden Sie dieses Blatt per Fax 00352/ 26422-9400  
oder im Original an:

DB Vita S.A.  
Boîte Postale 382  
L-2013 Luxembourg

Name <b>1. Versicherungsnehmer</b>	Name <b>2. Versicherungsnehmer</b>
Vorname	Vorname
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
<b>Police-Nummer (bitte VERTRAGSNUMMER angeben)</b>	
<b>V</b>	

### Änderung der Bezugsberechtigung

**Wichtiger Hinweis:**

Erteilen Sie uns Ihren Auftrag durch Ausfüllen der vorbereiteten Felder auf dem Serviceblatt. Schreiben Sie bitte leserlich, damit wir Ihren Auftrag schnell und korrekt ausführen können. Sie vermeiden damit Missverständnisse und zeitaufwendige Rückfragen. Nutzen Sie das Serviceblatt nur für die vorgesehenen Aufträge. Unterschreiben Sie bitte alle Aufträge, die Sie uns erteilen.

im <b>Erlebensfall</b> ist die Ablaufleistung zu zahlen an: <sup>1)</sup>	im <b>Todesfall der versicherten Person</b> ist die Leistung zu zahlen an: <sup>2)</sup>
Name	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsdatum
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1) Wenn Sie hier keine Angaben machen, wird die Leistung ausgezahlt an den Versicherungsnehmer.

2) Wenn Sie hier keine Angaben machen, wird die Leistung ausgezahlt an den Versicherungsnehmer bzw. wenn letzter Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch sind, in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

- den überlebenden Ehepartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Ablebens verheiratet war
- die ehelichen und ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder der versicherten Person
- die Eltern der versicherten Person

Wenn Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch und beide volljährig sind:

**Im Falle des Ablebens des letzten Versicherungsnehmers** soll der Vertrag mit allen Rechten und Pflichten auf die **versicherte Person** übergehen ODER an folgende andere Person:

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum                      Unterschrift des 1. Versicherungsnehmers                      Unterschrift des 2. Versicherungsnehmers

Bei minderjährigen Versicherungsnehmern ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich.  
Falls ein Elternteil der alleinige gesetzliche Vertreter ist, bitten wir dieses – unter Beifügung eines Nachweises – zu bestätigen. Vielen Dank.