

Bitte zurück an:

HDI Lebensversicherung AG  
50580 Köln

oder per  
E-Mail an: leben.service@hdi.de  
Fax an: +49 221 144-3833

Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen  
(schwarz oder blau; Umlaute sind erlaubt)  
und zutreffende Kästchen ankreuzen!

## Erklärung zum Bezugsrecht

Diese Erklärung gilt nicht für Verträge der betrieblichen Altersversorgung, Riesterrenten und Basisrenten (Rüruprenten)

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer**  w  m Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_ Geb.-Name \_\_\_\_\_ Fam.-Stand \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Länderkennz.  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Empfänger der Versicherungsleistung soll sein:

#### Im Erlebensfall (bitte nur eine Position ankreuzen)

ich als der Versicherungsnehmer

oder

die folgende namentlich benannte Person (wenn mehrere Personen genannt werden, gilt: zu gleichen Teilen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Dieses Bezugsrecht ist widerruflich.

**Im Todesfall (bitte nur eine Position ankreuzen)**

ich als der Versicherungsnehmer (soweit ich nicht die versicherte Person bin)

**oder**

in nachstehender Rangfolge

1. der Ehepartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in gültiger Ehe verheiratet ist bzw. der Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt,
2. leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleichgestellte Kinder zu gleichen Teilen,
3. die Eltern zu gleichen Teilen,
4. die Erben

**oder**

die folgende namentlich benannte Person (wenn mehrere Personen genannt werden, gilt: zu gleichen Teilen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

**oder**

in nachstehender Rangfolge

Rangfolge bedeutet: Nur die zuerst benannte Person erhält die gesamte Leistung. Falls diese Person verstirbt, ist die jeweils nachfolgende Person begünstigt.

1 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

2 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

3 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

4 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr							

**oder**

die überlebende versicherte Person (gilt nur für Versicherungen mit mehreren versicherten Personen)

Dieses Bezugsrecht ist widerruflich.

**Unterschriften**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Versicherungsnehmer