

**Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG**

50427 Köln

Antrag auf Bezugsberechtigung

zur Versicherungs-Nummer: _____

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

Bezugsberechtigung im Erlebensfall

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

Bezugsberechtigung im Todesfall

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Wenn betriebliche Altersversorgung (Direktversicherung): dann Unterschrift der versicherten Person erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person bei einer Direktversicherung

