

Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln

Bezugsrechtsverfügung

zur **Versicherungs-Nummer:** _____

Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____

Ich verfüge hiermit für den obigen Vertrag ein (bitte ankreuzen)

widerrufliches Bezugsrecht

unwiderrufliches Bezugsrecht*

für den **Erlebensfall** der versicherten Person:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

Ich verfüge hiermit für den obigen Vertrag ein (bitte ankreuzen)

widerrufliches Bezugsrecht

unwiderrufliches Bezugsrecht*

für den **Todesfall** der versicherten Person:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

Ich verfüge hiermit für den obigen Vertrag ein (bitte ankreuzen)

widerrufliches Bezugsrecht

unwiderrufliches Bezugsrecht*

für die Zahlung einer Rente aus der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder der Selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung/Selbständigen Erwerbsunfähigkeitsabsicherung oder der Grundfähigkeitsversicherung:

versicherte Person **oder**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort



Gilt nur für Verträge mit Vertragsabschluss ab dem 01.01.2022:

Für das Bezugsrecht bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Krankheit/Pflegebedürftigkeit (der versicherten Person) ist zu Verträgen mit **Vertragsabschluss ab dem 01.01.2022** für die Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung/Selbständige Erwerbsunfähigkeitsabsicherung, der Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sowie der Grundfähigkeitsversicherung eine Verfügung nur möglich, wenn die Ansprüche aus der Versicherung der Versorgung der versicherten Person oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

Das Näheverhältnis ist daher zwingend anzugeben.

Wichtig! Bitte wählen Sie den **Personenkreis** aus, der das **Näheverhältnis zur zu versichernden Person** beschreibt:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ehegatten/eingetragene Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern/-kinder |
| <input type="checkbox"/> Verwandte in gerader Linie,
z. B. Eltern, (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern | <input type="checkbox"/> Verschwägerter in gerader Linie,
z. B. Schwieger-/Stiefeltern, Schwieger-/Stiefkinder |
| <input type="checkbox"/> Geschwister und deren Ehegatten/
eingetragene Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Pflegekinder des Ehegatten/
eingetragene Lebenspartner |
| <input type="checkbox"/> Geschwister der Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Geschwister der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Kinder der Geschwister | |

*** Bei der Verfügung eines unwiderruflichen Bezugsrechts bitten wir folgendes zu beachten:**

Die Unwiderruflichkeit Ihrer Bestimmung bewirkt, dass Sie Leistungen aus dem Vertrag nicht mehr an sich, sondern nur noch an den Bezugsberechtigten verlangen können. Die Versicherung gehört dann zum Vermögen des Begünstigten, d. h. er kann über seine Ansprüche verfügen, sie insbesondere abtreten und verpfänden. Stirbt er vor Eintritt des Versicherungsfalles, treten seine Erben an seine Stelle.

Das Recht zur Kündigung des Versicherungsvertrages, zur Beitragsfreistellung oder zu anderen Vertragsänderungen verbleibt jedoch bei Ihnen als Versicherungsnehmer. Willenserklärungen unserer Gesellschaft gehen ebenfalls an Sie. Nach den Vorschriften der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird das von Ihnen eingeräumte Bezugsrecht erst unwiderruflich, nachdem wir Ihren Antrag angenommen haben.

Darüber hinaus muss sich der **unwiderrufliche** Bezugsberechtigte identifizieren.

Hierfür bitten wir um eine einfache gut lesbare Kopie des Personalausweises/Reisepasses.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Wenn Versicherungsnehmer und versicherte Person **nicht** identisch sind, ist zur Festlegung eines Bezugsrechts für den Todesfall das **Einverständnis der versicherten Person** erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Änderung minderjährig, ist das Einverständnis der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter
(erforderlich, falls zu versichernde Person minderjährig)