

## Erklärung zur Bezugsberechtigung für die Versicherung von

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Anschrift**

---

---

### **bei der Sterbekasse Sozialversicherung -gegr. in der LVA Rheinprovinz, Düsseldorf-**

Hiermit bestimme ich als Versicherungsnehmer(in), dass die Versicherungsleistung der oben genannten Versicherung im Todesfall widerruflich an folgende Person gezahlt wird:

1.

\_\_\_\_\_  
*Name / Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*ggf. Geburtsname*

\_\_\_\_\_  
*Straße, Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

Alternativ

Nachrangig (in der genannten Reihenfolge)

benenne ich folgende Personen:

2.

\_\_\_\_\_  
*Name / Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*ggf. Geburtsname*

\_\_\_\_\_  
*Straße, Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

3.

\_\_\_\_\_  
*Name / Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*ggf. Geburtsname*

\_\_\_\_\_  
*Straße, Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

Eventuell bereits vorher erteilte Bezugsberechtigungen widerrufe ich hiermit.

Diese Bezugsberechtigung wird widerruflich erteilt.

Sofern sie unwiderruflich gelten soll, bitten wir Sie, dies handschriftlich auf diesem Formular zu vermerken.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Versicherungsnehmer(in)*