

| | Versicherungs-Nr | |
|--------------------|---|--|
| g AG | Versicherungsneh | mer: |
| | Name oder Firma | Vorname |
| | Versicherte Person: (falls abweichend zum Versicherungsnehmer) | |
| | Name oder Firma | Vorname |
| : | Geburtsdatum | |
| bei Leistung aus d | er Berufsunfähigkeits die versicherte Persor | szusatzversicherung: |
| Vorname | /orname | |
| Geburtsdatum | ggf.Verwandschaft | sgrad |
| PLZ | Wohnort | |
| erten: | | |
| | | |
| unter Ausschluss | der jeweils nachfolgende | en Berechtigten: |
| | | eiratet war. |
| oezeichnete Person | : | |
| Vorname | ame | |
| Geburtsdatum | ggf.Verwandschaft | sgrad |
| | | |
| | en Versicherung sol bei Leistung aus d bezeichnete Person Vorname Geburtsdatum PLZ Prten: unter Ausschluss of m der Versicherte im Zeingestellten Kinder des Versicherte im Zeingestellten Kinder des Versicherte Person | Versicherungsneh Versicherte Perso (falls abweichend zum Versicherte Perso) (falls abweichend zum Versicherung soll ab sofort wie folgt geä bei Leistung aus der Berufsunfähigkeits die versicherte Person: Vorname Geburtsdatum ggf. Verwandschaft PLZ Wohnort PLZ Wohnort PLZ Wohnort Perten: unter Ausschluss der jeweils nachfolgendem der Versicherte im Zeitpunkt seines Ablebens verh gestellten Kinder des Versicherten. verzeichnete Person: |

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum