

Unwiderrufliches Bezugsrecht

LVF-014 02.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Lebensversicherung a.G.
PVV 4
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer (die Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter)*** freiwillige Angaben** Herr Frau Divers Titel _____ Geburtsdatum _____

Zuname _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon* _____ E-Mail* _____

Bezugsrecht bei Ablauf der VersicherungIch bestimme, dass **unwiderruflich** bezugsberechtigt sein soll:**Bei Ablauf der Versicherung** (bei Risikoversicherung keine Ablaufleistung):

- die versicherte Person
 die nachfolgend bezeichnete Person - nicht Versicherungsnehmer:

Zuname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Erklärung zur Steuerpflicht einer natürlichen Person in den USA (FATCA)Ich erkläre, dass ich in den USA nicht steuerpflichtig bin **oder**

- Ja, ich bin (auch) in den USA steuerpflichtig (bitte ankreuzen, sofern dies zutrifft)

Ort _____	Datum _____	X _____	Unterschrift des unwiderruflich Bezbgsberechtigten bei Ablauf
-----------	-------------	---------	---

- Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf Seite 3 -



Unwiderrufliches Bezugsrecht

LVF-014 02.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bezugsrecht im Todesfall der versicherten Person

Im Todesfall der versicherten Person:

- der überlebende Ehegatte, mit dem die/der Versicherte zum Zeitpunkt ihres/seines Ablebens verheiratet war
 die nachfolgend bezeichnete Person - nicht Versicherungsnehmer:

Zuname	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	

Erklärung zur Steuerpflicht einer natürlichen Person in den USA (FATCA)

Ich erkläre, dass ich in den USA nicht steuerpflichtig bin **oder**

- Ja, ich bin (auch) in den USA steuerpflichtig (bitte ankreuzen, sofern dies zutrifft)

Ort	Datum	X Unterschrift des unwiderruflich Bezugsberechtigten im Todesfall
		X Unterschrift der mitzuversichernden Personen ab 16 Jahre, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer

Bitte beachten Sie auch, dass bei Bezugsrechtsänderungen **im Todesfall** die versicherte Person unterschriftlich zustimmen muss.

Vorzeitige Kündigung

Bei **vorzeitiger Kündigung** des Vertrages soll den zur Auszahlung kommenden **Rückkaufswert** die nachfolgend bezeichnete Person erhalten:

- widerruflich** begünstigt bezüglich Rückkaufwert:

Zuname	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	

- unwiderruflich** begünstigt bezüglich Rückkaufwert:

Zuname	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	



Unwiderrufliches Bezugsrecht

LVF-014 02.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erklärung zur Steuerpflicht einer natürlichen Person in den USA (FATCA)Ich erkläre, dass ich in den USA nicht steuerpflichtig bin **oder** Ja, ich bin (auch) in den USA steuerpflichtig (bitte ankreuzen, sofern dies zutrifft)

Ort

Datum



Unterschrift des unwiderruflich Bezugsberechtigten bei vorzeitiger Kündigung

Die Änderung einer unwiderruflichen Begünstigung ist nur mit Zustimmung des unwiderruflich Begünstigten bzw. dessen Erben möglich.**Bitte beachten Sie, dass auf diesem Formular jeder unwiderruflich Bezugsberechtigte die Erklärung zur Steuerpflicht in den USA (FATCA) abgeben und bestätigen muss.**

Ort

Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bitte beachten Sie auch unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten:

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung zustehenden Rechte informieren. Diese Informationen können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter www.universa.de/ds-info abrufen oder in Papierform bei uns anfordern. Bitte informieren Sie auch weitere von der Datenverarbeitung betroffene Personen entsprechend.