

Erklärung über die Verteilung des Todesfallkapitals
--

Die unterzeichnende Person wünscht, dass das bei ihrem Tode fällige Todesfallkapital ihren Hinterlassenen in nachstehender Rangordnung und in folgendem Umfang ausgerichtet wird:

1. Person

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Anteil % _____

2. Person

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Anteil % _____

3. Person

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Anteil % _____

4. Person

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Anteil % _____

Meine Personaldaten

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Dieses Formular ist nur von unverheirateten Versicherten auszufüllen. Es empfiehlt sich, die den einzelnen Personen zustehenden Beträge in % anzugeben.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____