

## Erklärung zum Bezugsrecht zur betrieblichen Direktversicherung

Auf das Leben  Frau  Herrn \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Widerruflich bezugsberechtigt sowohl für den Todes- als auch für den Erlebensfall ist die versicherte Person. Das Bezugsrecht wird unwiderruflich, wenn die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung 3 Jahre bestanden hat.

Bei Tod der versicherten Person ist die Versicherungsleistung als Rente in nachstehender Reihenfolge zu zahlen an

- a) den Ehegatten, mit dem sie im Zeitpunkt des Todes verheiratet war, bzw. den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- b) die von der Finanzverwaltung als versorgungsberechtigt anerkannten Kinder zu gleichen Teilen
- c) den Lebensgefährten (siehe Rückseite)

Sind keine versorgungsberechtigten Hinterbliebenen im steuerrechtlichen Sinne beim Ableben der versicherten Person vorhanden, kann ein Sterbegeld aus einer evtl. Erstattung von eingezahlten Beiträgen und eines evtl. vorhandenen Gewinn Guthabens gezahlt werden. Dieses Sterbegeld ist begrenzt auf die zum Zahlungszeitpunkt steuerlich anerkannte Höhe (derzeit EUR 8.000) und soll gezahlt werden an

\_\_\_\_\_  
Frau / Herrn

Ist für diesen Fall keine Person benannt oder ist die benannte Person verstorben, wird das Sterbegeld an die Erben der versicherten Person ausgezahlt.

Unterschrift des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber)

X

Unterschrift der versicherten Person (Arbeitnehmer)

X

## Zusatzklärung zur Hinterbliebenenversorgung

Zu versichernde Person (Arbeitnehmer/in):	Geburtsdatum:
---	---------------

Straße, PLZ, Ort:
-------------------

**Möchten Sie Ihre/n nicht eheliche/n Lebensgefährten/Lebensgefährtin für die Todesfalleistung benennen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und reichen es zusammen mit dem Antrag ein.**

Voraussetzung für die Begünstigung eines/einer Lebensgefährten/Lebensgefährtin ist die namentliche Benennung und die Angabe des Geburtsdatums. Weiterhin müssen Sie bestätigen, dass Sie einen gemeinsamen Wohnsitz haben und eine gemeinsame Haushaltsführung besteht.

Im Falle des vorzeitigen Todes ist die Hinterbliebenenversorgung zu zahlen an:

Frau  Herrn

Name:
-------

Straße, PLZ, Ort:
-------------------

ggf. Geburtsname:
-------------------

Geburtsdatum:
---------------

Wir bestätigen, dass wir einen gemeinsamen Wohnsitz haben und eine gemeinsame Haushaltsführung besteht.

Ort und Datum	Unterschrift des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin	Unterschrift des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin
	<b>X</b>	<b>X</b>