

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Postfach 10 60 05
70049 Stuttgart

Änderung des widerruflichen Bezugsrechts **Versicherungs-Nr.** _____

 Bezugsrecht im Erlebensfall _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

 Bezugsrecht im Berufs- oder
Erwerbsunfähigkeitsfall _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

 Bezugsrecht im Todesfall der
ersten versicherten Person _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

 Bezugsrecht im Todesfall der
zweiten versicherten Person _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
(ggf. mit Firmenstempel)