

Dialog Lebensversicherungs-AG  
86130 Augsburg

Fax-Nr. +49 821 319-1533

**Versicherungs-Nr.**

**Versicherungsnehmer:  
(Name und Vorname)**

**Bitte immer nur eine Variante ankreuzen!**

**1. im Todesfall (widerruflich)**

- der Versicherungsnehmer, soweit nicht versicherte Person
- Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war

**oder**

- der namentlich bezeichnete Empfänger (bitte unten angeben)
- die überlebende versicherte Person (nur bei verbundenen Leben)  
Bei gleichzeitigem Ableben der versicherten Personen soll der namentlich bezeichnete Empfänger (bitte unten angeben) bezugsberechtigt sein:

Empfänger Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**2. im Erlebensfall (widerruflich) und für die Zahlung einer Pflege/BUZ/EUZ-Rente**

- der Versicherungsnehmer
- der namentlich bezeichnete Empfänger (bitte unten angeben)

Empfänger: Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

**X**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Versicherungsnehmers**