

# Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft bei Tod des Versicherungsnehmers

**DELA aktiv Leben**

**DELA**  
füreinander

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Der Versicherungsnehmer schließt die Versicherung auf das Leben einer anderen Person ab. Stirbt er vor dieser, dann endet die Versicherung nicht. In diesem Fall muss aber festgestellt werden, wer die Versicherungsnehmer-Eigenschaft übernimmt. Die Erben des verstorbenen Versicherungsnehmers erwerben zwar den Anspruch auf die Versicherungsnehmer-Eigenschaft, sie müssen ihr Erbrecht aber durch die Einreichung eines Erbscheins nachweisen.

Indem Sie bereits jetzt verfügen, wer neuer Versicherungsnehmer werden soll, falls Sie vor der versicherten Person sterben, vermeiden Sie diesen Aufwand.

## Erklärung des derzeitigen Versicherungsnehmers

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Aufschiebend bedingt durch meinen Tod sowie durch eine erfolgreiche Geldwäsche-Identifizierung des nachfolgenden Versicherungsnehmers, übertrage ich die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den **nachfolgenden Versicherungsnehmer**:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Sofern die Identifizierung des nachfolgenden Versicherungsnehmers nicht erfolgt, wird die Versicherungsnehmer-Eigenschaft nicht übertragen. Die Übertragung wird hinfällig, wenn ich sie zu Lebzeiten widerrufe oder wenn die vorgenannte Person vor mir stirbt. Solange ich lebe, verfüge ich wie bisher über alle Rechte aus dem Versicherungsvertrag allein, ohne Mitwirkung der vorgenannten Person.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift derzeitiger Versicherungsnehmer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (mit-)versicherte Person

## Erklärung des Nachfolgers

Ich bin bereit, die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers gemäß vorstehender Erklärung zu übernehmen, falls dieser vorzeitig verstirbt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift nachfolgender Versicherungsnehmer  
Bei Minderjährigkeit Unterschrift der Sorgeberechtigten