

Änderungen der Begünstigtenordnung für das Todesfallkapital der UVG-Zusatzversicherung

Personalien der versicherten Person	Vorname Name _____	_____
	Zivilstand _____	_____
	Geburtsdatum _____	_____

Hinweis

Mittels dieses Formulars kann der vorgegebene Begünstigtenkreis gemäss Ziffer 20.1 und 20.3 der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Ausgabe 2023) der UVG-Zusatzversicherung unter nachfolgenden Bedingungen individuell festgelegt werden:

- Die Wahl der Begünstigten ist durch die versicherte Person schriftlich, mittels dieses Formulars beim Arbeitgeber zu hinterlegen;
- Das Formular ist mit einer eigenhändigen oder mit einer elektronisch qualifizierten Unterschrift zu versehen;
- Die versicherte Person entspricht einer Personengruppe, welche gemäss Police die Wahl «Freie Begünstigtenwahl» versichert hat;
- Liegen mehrere Formulare vor, gilt das letztdatierte Formular;
- Sind mehrere Personen bezugsberechtigt und die Anteile am Kapital ergeben nicht 100%, werden diese anteilmässig ausbezahlt;
- Zustellfrist: Wird der Helsana innert drei Monaten nach dem Tod der versicherten Person keine schriftliche Erklärung eingereicht, erfolgt die Auszahlung gemäss den allgemein Versicherungsbedingungen (AVB, Ausgabe 2023) der UVG-Zusatzversicherung;
- Beim Leistungsfall bitte dieses Formular der elektronischen Unfallmeldung anhängen.

Weitere rechtsverbindliche Bedingungen sind den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Ausgabe 2023) der UVG-Zusatzversicherung sowie der Police zu entnehmen.

Erklärung Ich beantrage für den Fall meines Todes folgende anspruchsberechtigten Personen in nachstehendem Umfang zu begünstigen:

Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Quote in %
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich das Formular «Änderung der Begünstigtenordnung für das Todesfallkapital» und die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Ausgabe 2023) der UVG-Zusatzversicherung mit dem Kapitel «Todesfall» gelesen habe und dass alle Informationen vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Mir ist bewusst, dass dieses Dokument alle zuvor eingereichten Formulare ersetzt.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person
oder des gesetzlichen Vertreters