

Änderung der Begünstigung PREVEA Todesfallkapital

Personalien der versicherten Person	Name, Vorname
	Geburtsdatum
	Versichertennummer
	Zivilstand

Betrifft versichertes Kapital bei (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- PREVEA Unfall PREVEA Krankheit

Erklärung Ich beantrage für den Fall meines Todes folgende anspruchsberechtigte Personen (PREVEA Krankheit – siehe Erläuterungen VB Art. 20/PREVEA Unfall – siehe Erläuterung VB Art. 16) in nachstehendem Umfang zu begünstigen.

Person 1	Name, Vorname
	Strasse, Nr.
	PLZ, Wohnort
	Geburtsdatum
	Zivilstand
	Beziehung zur versicherten Person
	Anteil am Todesfallkapital in %

Person 2	Name, Vorname
	Strasse, Nr.
	PLZ, Wohnort
	Geburtsdatum
	Zivilstand
	Beziehung zur versicherten Person
	Anteil am Todesfallkapital in %

Bemerkungen Mit dieser Erklärung widerrufe ich alle früher gegenüber Helsana abgegebenen Erklärungen betreffend Änderung der Begünstigungsordnung. Ich stelle die vorliegende Erklärung Helsana Versicherungen AG zu und melde ihr unverzüglich jede Änderung der darin beschriebenen Verhältnisse. Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Gültigkeit dieser Erklärung die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen im Zeitpunkt meines Todes massgebend sind.

Hinweis Wird eine Begünstigung bei minderjährigen Personen geändert, müssen immer beide Elternteile diese Begünstigung unterschreiben.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherte/r / gesetzlicher Vertreter

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular an die unten erwähnte Adresse senden. Vielen Dank.

