

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ; Ort:
Versicherungs-Nr.:

BFW der EVG e.V.
Postfach 110143
60036 Frankfurt am Main

BEZUGSBERECHTIGUNG

Hiermit setze ich für die oben genannte(n) Versicherung(en)

Frau/Herr (*), geb. am
als Bezugsberechtigte/ Bezugsberechtigten(*) ein.

Datum

Unterschrift

*** nicht zutreffendes bitte streichen**