

Itzehoer Lebensversicherungs-AG
Itzehoer Platz
25521 Itzehoe

Bitte senden Sie uns die Todesfallmeldung vollständig
beantwortet, datiert und unterschrieben zu!

Todesfallanzeige und Leistungsantrag

zum Lebensversicherungsvertrag Nr.: _____

Angaben zur verstorbenen Person

Name und Anschrift der versicherten Person:		Geburtsdatum:
Beruf:		Staatsangehörigkeit:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todeszeitpunkt (Tag/Monat/Jahr):	Sterbeort (Anschrift):	
Todesursache: <input type="checkbox"/> natürlicher Tod; Art bzw. Name der Krankheit? _____ <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod durch <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Sonstige Todesart, welche? <input type="checkbox"/> Unfall; Tag, Ort und Unfallhergang?		
Die verstorbene Person befand sich in Behandlung folgender Ärzte (vollständiger Name und Anschrift):		

Angaben zum Anspruchsteller bzw. Bezugsberechtigten

Vollständige/r Name/n der/des Anspruchsteller/s:		Verwandtschaftsgrad:	Geburtsdatum:
Als Anspruchsberechtigte/r aus der oben genannten Lebensversicherung beantrage/n ich/wir die Auszahlung der Versicherungsleistung an: Kontoinhaber (Name und Anschrift):			
Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:	
Die erforderlichen Nachweise für den Leistungsfall sind beigelegt: <input checked="" type="checkbox"/> Original-Versicherungsschein <input checked="" type="checkbox"/> Sterbeurkunde <input type="checkbox"/> Kopie der amtlichen Todesbescheinigung (bei Tod innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre) <input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen können.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Anspruchsteller/s (Vor- und Zuname)