

Todesfallmeldung

Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group; Registriert beim Handelsregister Liechtenstein unter FL-0002.010.458-6 Geschäftsführung: Johann Fahrnberger; Ivo Krastev; Direktion: Industriestrasse 2, FL-9487 Bendorf; Tel.: +423 235 0660 Fax +423 235 0669; www.vienna-life.li; office@vienna-life.li

Daten des Versicherten

Policennummer _____ Vorname _____ Nachname _____
Hauptwohnsitz _____ PLZ / Ort _____ Geburtsdatum _____
Strasse / Hausnummer _____
Unfalltod ja nein Sterbedatum _____ Unfalldatum _____

Bei Tod im Krankenhaus benötigen wir die Krankenhausadresse, sonst letztbehandelnder Arzt - Angabe der Behörde, die den Todesfall protokolliert hat.

_____ Name _____ Adresse _____

Anmelder (nur auszufüllen falls abweichend vom Bezugsberechtigten)

_____ Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____
_____ Hauptwohnsitz _____ PLZ / Ort _____ Steueridentifikationsnummer _____ Steuerdomizil _____

Bezugsberechtigter

_____ Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____
_____ Hauptwohnsitz _____ PLZ / Ort _____ Steueridentifikationsnummer _____ Steuerdomizil _____

Verhältnis zum Versicherten

Mir ist bewusst, dass aufgrund der Gesetzeslage Meldepflichten des Versicherungsunternehmens bestehen. Eventuelle Steuerabfuhrverpflichtungen obliegen daher der Eigenverantwortung des Betroffenen.

Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z.B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden.

Überweisung der Todesfalleistung

_____ Kontoinhaber _____ IBAN _____

_____ Bank _____ BIC _____

Hinweis:

- Überweisungen an eine andere Person als den Bezugsberechtigten oder auf ein Sparbuch ist nicht möglich

Dieser Todesfallmeldung beizulegende Unterlagen

Dieser Meldung beigelegt

Amtliche Beurkundung der Erbberechtigung (Erbschein)
im Original oder beglaubigt (falls Bezugsrecht: gesetzliche Erben)

ja nein

Versicherungsschein im Original

ja nein

Amtliche Sterbeurkunde im Original oder beglaubigt

ja nein

Krankengeschichte und/oder Bericht des letztbehandelnden Arztes
(nur bei Ableben innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre)

ja nein

Beglaubigte Ausweiskopie des Bezugsberechtigten

ja nein

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT des **Bezugsberechtigten**



Zustimmung des Pfandgläubigers bei Abtretung bzw. Verpfändung (falls vorhanden):

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT / FIRMENSTEMPEL des Pfandgläubigers


