



Rücksendung per Fax oder
eingescannt per Email an:
leistung@lla-group.com
oder Fax +423 265 34 41

Todesfallmeldung

Versicherungs-Nr. : _____

Bitte verwenden Sie zur Erstmeldung nur dieses Formular. Sie erleichtern uns damit die interne Zuordnung und können zu einer raschen Einleitung der notwendigen Leistungsprüfung beitragen.

Angaben zur versicherten Person

Frau Herr

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Folgende Unterlagen werden von uns im Regelfall immer benötigt und sind zeitgleich mit dieser Leistungsfallmeldung einzureichen. (Das gesonderte Formular - Ärztlicher Todesfallbericht - steht im Formularcenter unserer Homepage unter <http://www.liechtensteinlife.net> zur Verfügung oder kann auch gerne über die vermittelnde Gesellschaft angefordert werden)

- Originalversicherungspolice
- Originalsterbeurkunde bzw. amtlich beglaubigte Abschrift (*Kopie nicht ausreichend*)
- Nähere Beschreibung über die Ursachen und Umstände des Todes
- Polizeibericht (*falls vorhanden*)
- Kopie des Reisepasses oder Personalausweises der bezugsberechtigten Person und des Kontoinhabers
- Bankverbindung mit Angabe des Kontoinhabers und eigenhändiger Unterschrift der bezugsberechtigten Person und des Kontoinhabers
- Gesondertes Formular - Ärztlicher Todesfallbericht
- Nur bei Unfalltod: Sämtliche Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen

Im Rahmen der Leistungsregulierung kann es für uns erforderlich werden weitere Informationen einzuholen. Wir werden Sie in diesem Fall zeitnah kontaktieren. Den vollständigen Versicherungsumfang und die Bezugsberechtigung entnehmen Sie bitte dem letzten Versicherungsschein.

Möchten Sie uns zusätzlich noch etwas mitteilen?

Wer meldet den Leistungsfall?

Versicherungsnehmer

Bezugsberechtigte Person

Sonstiger (Name, Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift