

Bitte zurück an:

neue leben Lebensversicherung AG www.neueleben.de

neue leben Lebensversicherung AG Sachsenstraße 8 20097 Hamburg

oder per E-Mail an: info@neueleben.de Fax an: +49 40 23891-333

## **Meldung eines Todesfalls**

Versionerungsnummer	
	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.
Weitere Versicherungen	
Weitere Versicherungen	
Angaben zum Verstorbenen	
Name	Vorname
Straße Haus-Nr. L	PLZ Ort
Geburtsdatum Lag Monat Jahr	Todesdatum Land Handle Tag Monat Jahr
Der Verstorbene war die versicherte Person zu diesem Vertrag. Bitte teilen Sie u	ins die Ursache des Todes mit:
Der Verstorbene war nicht die versicherte Person, sondern:	
	Empfänger der Bente
Versicherungsnehmer Beitragszahler	Empfänger der Rente
Sonstiges:	
Angaben zum Ansprechpartner	
Bitte nennen Sie uns einen Ansprechpartner, an den wir uns künftig wenden sollen:	Frau Mann Titel
Name	Vorname
Straße Haus-Nr. L	PIZ I I Ort
TelNr.	E-Mail
In welchem Verhältnis steht der Ansprechpartner zum Verstorbenen?	
Unsere aktuellen Datenschutzhinweise finden Sie unter: www.neue-leben.de/datenschu	
Thors anasien batonoonathiinwood iindon die anter. www.nede-leben.de/datenbend	<b>!-</b>

Angaben zum Empfänger der Leistung Diesen Teil bitte nur ausfüllen, wenn die versicherte Person oder der Empfänger der Re In welchem Verhältnis steht der Empfänger der Leistung zum Verstorbenen?	nte verstorben ist
Die Leistung soll ausgezahlt werden an (Kontoinhaber):	Frau Mann
Name/Firma	Vorname
Straße Haus-Nr. L	PLZ Ort
Geburtsdatum Tag Monat Jahr Land Länderkennz.	Steuer-ID  **Bitte unbedingt die steuerliche Identifikationsnummer angeben!
Bankverbindung zur Auszahlung der Leistung	
IBAN	
BIC	Kreditinstitut
Ist der Kontoinhaber in den USA steuerpflichtig? nein ja	Wenn ja, Angabe der US-Steuernummer (TIN)
Ist der Kontoinhaber außerhalb seines Wohnsitzlandes noch ja	Wenn ja, Land
in anderen Ländern steueransässig?	ausländische Steueridentifikations-Nr.
Bitte beachten Sie: Bevor wir eine Leistung auszahlen, prüfen wir noch, ob der ge	nannte Empfänger auch anspruchsberechtigt ist.
Politisch exponierte Personen (PEP) sind insbesondere Personen, die politische Ämter gierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minis in wichtigen staatlichen Organen wie oberen Gerichten, Rechnungshöfen, Leitungsorga kräfte, Führungsorgane in staatlichen Unternehmen oder zwischenstaatlichen internatissowie bekanntermaßen nahestehende Personen.  Einzureichende Unterlagen	ter und Staatssekretäre, Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien, Mitglieder anen von Zentralbanken, Botschafter, Geschäftsträger, hochrangige Offiziere der Streit-
<ul> <li>Eine Kopie der Sterbeurkunde,</li> <li>den Versicherungsschein im Original (wenn nicht vorhanden, bitte die beigefügte Ver Die Sorgfaltspflichten nach § 10 Geldwäschegesetz sehen vor, die Daten zu Kundschung dieser Aufzeichnungen und Belegen ist in § 8 Abs. 4 GWG geregelt.</li> <li>Bitte schicken Sie uns eine</li> <li>gut lesbare Kopie des gültigen Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder Reichte vorsicherungsnehmer?</li> <li>Dann schicken Sie uns bitte:</li> <li>einen Kontoauszug, auf dem Ihr Name und die Kontonummer ersichtlich ist,</li> <li>die Kopie Ihrer Bank-Karte (Vorder- und Rückseite) oder</li> <li>eine entsprechende Bestätigung Ihres Geldinstituts (in deutscher oder englischer Sprache).</li> <li>Dies gilt auch, wenn Sie die Zahlung auf Ihr Konto innerhalb Deutschlands wünschen und die Kontonummer ersichtlich schangen.</li> </ul>	en zu aktualisieren und jeden Empfänger von Leistungen zu identifizieren. Die Lö- eisepasses von jedem Leistungsempfänger.  B. Sie sind Versicherungsnehmer und wünschen die Auszahlung der Versicherungsleistung auf ein Konto außerhalb Deutschlands?  Dann müssen wir die ausländische Bankverbindung überprüfen.  Bitte schicken Sie uns  einen Kontoauszug, auf dem Ihr Name und die Kontonummer ersichtlich ist,  die Kopie Ihrer Bank-Karte (Vorder- und Rückseite) oder  eine entsprechende Bestätigung Ihres Geldinstituts (in deutscher oder englischer Sprache).
Es ist möglich, dass wir weitere Unterlagen brauchen. In diesem Fall setzen wir uns mit	dem Ansprechpartner in Verbindung.
Unterschrift  Ort/Datum	Unterschrift der Person, die den Todesfall meldet ggf. Firmenstempel
Ort/Datum	Unterschrift des Empfängers der Leistung ggf. Firmenstempel



Bitte zurück an:

neue leben Lebensversicherung AG www.neueleben.de

neue leben Lebensversicherung AG Sachsenstraße 8 20097 Hamburg

oder per E-Mail an: info@neueleben.de Fax an: +49 40 23891-333

## Verlusterklärung

Versionerungsmunnner			
		Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.	
Versicherungsnehmer			
w m Name		Vorname	
Straße	Haus-Nr.	PLZ Ort	
Geburtsdatum Lag Monat Jahr	Nationalität Länderkennz.	GebName FamS	stand
TelNr.		E-Mail	
Begründung Aus folgenden Gründen liegt der Versicherungsschein im	Original nicht mehr vor:		
Unterschrift		Unterschrift <b>X</b>	
Ort/Datum		Versicherungsnehmer	
Ort/Datum		Unterschrift des Anspruchsberechtigten Nur erforderlich, wenn die versicherte Person verstorben ist. Anspruchsberechtigte sind zum Beoder die benannten Bezugsberechtigten Personen.	eispiel die Erben
Ort/Datum		Unterschrift des Inhabers eines Drittrechts	