Ärztliche Bescheinigung über die Todesursache

- VA 6320 -

neue leben Lebensversicherung AG
Leistungsbearbeitung
Sachsenstraße 8
20097 Hamburg

Produktname: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer (VN)
_____
Name, Vorname, Titel

Versicherte Person
(falls nicht VN)
_____
Name, Vorname, Titel

Leistungsmeldung

Um unsere Leistungspflicht aus dem Vertrag prüfen zu können, benötigen wir noch eine Bescheinigung über die Todesursache.

Diese ist bitte vom Arzt zu bescheinigen.

1. Bitte teilen Sie uns den Sterbetag mit: _____

2. Bitte teilen Sie uns die Todesursache mit: _____

3. Ist die Todesursache auf einen Unfall zurück zu führen?: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

4.1 Liegt eine Selbsttötung vor? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

4.2 Aktenzeichen und Anschrift der zuständigen Staatsanwaltschaft oder Polizeidienststelle:
_____
_____

5. Wer kann ggf. nähere Auskünfte erteilen? (Angehörige / Erben / weitere Ärzte)?
_____
_____
_____

Nach Eingang der notwendigen Informationen bzw. Unterlagen wird über den Leistungsanspruch entschieden und es erfolgt eine entsprechende Information von der neue leben Lebensversicherung AG.

Unterschrift

_____ _____
Ort Datum

_____
Unterschrift des Arztes / Krankenhauses

Berater

_____ _____ _____ _____
Abt./Geschäftsstelle/Filiale AV-Nr. AV-Name, Vorname AV-Telefon

Bearbeitungshinweis: an die neue leben Lebensversicherung AG senden (per Post oder per Fax: 040/ 2389 - 333)

VIS-LeistungTod2a-01 (03.2015)