

MELDING OM DØDSFALL

RETURADRESSE

Fylles ut av
selskapet

AVTALENUMMER

SKADENUMMER

Opplysninger om forsikringstaker

NAVN

KONTAKTPERSON

VIRKSOMHET

E-MAILADRESSE

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / STED

Opplysninger om avdøde

NAVN

FØDSELSNUMMER

ADRESSE

ÅRSLØNN

POSTNR. / STED

STILLING / TITTEL

Ansatt fra

DAG	MND	ÅR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

STILLING

Heltid
 Deltid
 %
 Vikar
 Annet

Uførepensjonert, dato

Førtidspensjonert, dato

Dødsdato

DAG	MND	ÅR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er dødsfallet forårsaket av yrket?

Ja
 Nei
 Hvis ja, meld fra på skjema for yrkesskade

Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig ved inntredelse i forsikringen

Ja
 Nei

Hvilken lege undersøkte avdøde? Navn

Adresse

Hvilket politikammer er ulykken meldt til? (kun ved yrkesskade/-ulykke)

Journalnummer

Hvilket arbeidsdistriktstilsyn er ulykken meldt til? (kun ved yrkesskade)

Ved trafikk-ulykke, oppgi

Partenes navn

Bil nr.

Forsikringsselskap

Her kan hendelsesforløpet som førte til ulykken beskrives (evt. vedlegg)

Opplysninger om erstatningsberettiget

EKTEFELLES/ PARTNERS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

KONTONUMMER

POSTNR. / STED

FRASKILT EKTEFELLES/ PARTNERS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

KONTONUMMER

POSTNR. / STED

SAMBOERS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

KONTONUMMER

POSTNR. / STED

Barn

FØDSELSNUMMER

BARNETS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

BARNETS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

BARNETS NAVN

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

BARNETS NAVN

ADRESSE

ANDRE ETTERLATTE (NAVN)

ADRESSE

FØDSELSNUMMER

KONTONUMMER

POSTNR. / STED

Opplysninger om andre forsikringer

POLISENUMMER

FORSIKRINGSSSELKAP / PENSJONSKASSE

Attest med mer som forsikringsselskapet må få innsendt

FOR AVDØDE:

dødsattest, skifteattest

FOR SAMBOERE:

bostedsbevis (gjelder gruppelevsforikringen)

FOR EKTEFELLE:

skattekort (gjelder koll. pensjon)

vigselsattest eventuelt separasjon-/skillsmissebevilling)

FOR REGISTRERT PARTNER:

attest for registrering

FOR BARN:

dåps- eller fødselsattest eventuelt adopsjonsbevis eventuelt legeerklæring for barn som er ufør

Dato

Forsikringstakers stempel

Telefonnummer