



Skademelding: Melding om dødsfall



FORSIKRINGSTAKER

Firmanavn	Bransje	Organisasjonsnummer
Gate/Vei/Postboks	Postnummer/-sted	E-post
Kontaktperson	Telefon	Skadenummer (Fylles ut av mottaker)

OPPLYSNINGER OM AVDØDE

Fornavn	Etternavn	Fødselsnummer
Gate/Vei	Postnummer/-sted	Dato innmeldt i avtalen
Dødsdag	Når ble dødsfallet meldt til arbeidsgiver/forbund	

Er dødsfallet foårsaket av yrket? Hvis JA, meld fra på skjema for yrkesskade
 Ja Nei

Var arbeidstakeren helt arbeidsdyktig: Ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum (se gruppelevsfor sikringen)
Ved inntredelsen i forsikringen Ja Nei

Stilling: Heltid Deltid Deltid i % Vikar Annet

Siste arbeidsdag før evt sykemelding

Uførepensjonert, dato

Førtidspensjonert, dato

Hvilket sykehus eller eventuelt hvilken lege behandlet avdøde sist (navn og yrkesadresse)

OPPLYSNINGER OM ETTERLATTE

Gift/reg.partner Samboer Ugift Separert/skilt Enslig forsørger

Ektefelle eller samboers navn og adresse

Barn under 20/25 år, navn, adresse og fødselsdato

FULLMAKT

Jeg erklærer at skjemaopplysninger er gitt så nøyaktig som mulig. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikrede mister ethvert erstatningskrav mot selskapet. Undertegnede samtykker i at forsikringsgiver og samarbeidspartnere innhenter nødvendige opplysninger om avdøde fra politi, lege o.l. for å ta stilling til erstatningskravet.

Du kan sende tilleggsinformasjon som f.eks dokumentasjon på utlegg, kvitteringer o.l. til e-post adressen under. Husk å merke e-posten med avtalenummeret skaden gjelder.

Dato	Sted
Signatur	