

Melding om dødsfall

Avtalenr.

Melding og nødvendige
attester sendes til:
Norsk Forsikring AS
Postboks 1073, Sentrum
0104 Oslo

1. Opplysning om forsikringstaker	
Forsikringstakers navn	Telefon
Adresse og postnr./-sted	E-post adresse

2. Opplysninger om avdøde		
Etternavn, fornavn	Fødselsnr.	Avdøde var: <input type="checkbox"/> ansatt/ medlem <input type="checkbox"/> medforsikret ektefelle/samboer
Adresse, privat	Yrke/Stilling	Stillingsprosent %
Sivilstatus (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert	Årslønn	
Ansattdato/ Dato for inntredelse i forsikringen:	Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved evt. forhøyelse av forsikringssummen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Avdødes forsikringssum ved inntredelse:	Avdødes forsikringssum ved dødsfallet:	

3. Opplysninger om dødsfallet		
Årsak til dødsfallet: <input type="checkbox"/> Yrkesskade/-sykdom <input type="checkbox"/> Annen ulykke <input type="checkbox"/> Annen sykdom	Oppstod dødsfallet under utførelse av lønnet arbeid i bedriften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Når skjedde dødsfallet?(dato)	Er dødsfallet meldt til politiet? Hvis Ja, oppgi politikammer/ anmeldelsesnr.: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket sykehus eventuelt hvilken lege behandlet avdøde sist (navn og adresse):
Partenes navn	Bilnr.	Forsikringsselskap
Ved trafikkulykke, oppgi:		
Foreligger det annen forsikring som omfatter dødsfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap	
Beskriv hendelsesforløpet som førte til dødsfallet:		

Gateadresse:
Akersgt. 43
0158 Oslo

Postadresse:
Postboks 1073 Sentrum
0104 Oslo

Tlf: 45 49 29 00
Fax: 22 42 22 31
Org. nr. : 987 516 976

4. Opplysninger om etterlatte

Ektefelle/Partner/Samboer (navn og adresse):	Fødselsdato:
Barn (navn og adresse):	Fødselsdato:
Andre pårørende (navn og adresse)	Fødselsdato:

5. Nødvendige attester (kan også innhentes av forsikringsselskapet etter samtykke, se nedenfor).

Vedlegges

<input type="checkbox"/> Dødsattest	<input type="checkbox"/> Skiftesattest eller erklæring fra skifteretten
<input type="checkbox"/> Fødselsattest for barn	<input type="checkbox"/> Bekreftelse på samboerskap fra Folkeregisteret
<input type="checkbox"/> Adopsjonsbevis for adoptivbarn	<input type="checkbox"/> Andre attester _____

Andre attester/erklæringer

6. Bankkonto

Erstatningen ønskes overført til bankkonto nr:

Kontoeiers navn:

7. Fullmakt (Underskrift ektefelle/partner/samboer/myndige barn/andre etterlatte)

Jeg gir med dette Norsk Forsikring AS og ACE Europe Life Limited fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling og koordinering av skadesaken.

Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra involverte leger, trygdekontor, arbeidsgiver og andre. De som blir bedt om å avgi opplysninger/dokumenter fritas for taushetsplikt.

Alle opplysninger og all dokumentasjon kan videreformidles til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver, reassurandør og oppgjørsselskap.

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

8. Forsikringstakers underskrift og stempel

Sted	Dato	Underskrift/stempel (forsikringstaker)
------	------	--