

MELDING OM DØDSFALL

Gruppeliv

Arbeidsgiver:			
Kundenummer:	Avtalenr:	Kontaktperson:	Org.nr (må alltid fylles ut):
Arbeidsgivers navn:		Telefon:	E-post:
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Tariffavtale: ☐ Nei ☐ Ja – I tilfelle hvilken:			
Opplysninger om avdøde:			
Navn:		Fødselsnr (11siffer):	
Privat adresse:		Postnr/-sted:	Dødsdag:
Når ble dødsfallet meldt til arbeidsgiver:		Er skaden meldt til annet selskap: ☐ Nei ☐ Ja – Oppgi hvilket:	
Er dødsfallet forårsaket av yrket: ☐ Ja ☐ Nei		Når ble vedkommende ansatt	
Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen: ☐ Ja ☐ Nei		Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum: ☐ Ja ☐ Nei	
Stilling: ☐ Heltid ☐ Deltid i % _____ ☐ Vikar ☐ Annet – vennligst beskriv:			
Uførepensjonist dato:		Førtidspensjonist dato:	
Hvilket sykehus eller eventuelt hvilken lege behandlet avdøde sist (navn og yrkesadresse):			
Opplysninger om etterlatte:			
Sivilstand:	Gift Samboer		
Ektefelles/samboers navn og adresse:		Fødselsnr (11sifre):	Telefon: Kontonummer:
Barn under 25 år med navn og adresse:		Fødselsnr (11sifre):	Telefon: Kontonummer:
Verge (hvis oppnevnt) med navn og adresse:		Fødselsnr (11sifre):	Telefon:

Erklæring:

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning:

Sted og dato: Underskrift: