

Skadeanmälan – Dödsfall

1. Företrädare för dödsboet

För- & Efternamn	Personnummer
Adress	Postnr & Postadress
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Grunduppgifter om försäkrad

För- & Efternamn	Personnummer
Adress	Postnr & Postadress
Försäkringsnummer	

3. Kompletterande uppgifter

Dödsfallsdatum(År, månad, dag)	Dödsfallsorsak	När uppkom sjukdomen/olycksfallet som föranledde dödsfallet?(År, månad, dag)
--------------------------------	----------------	--

4. Vänligen ange namn och kontaktuppgifter till läkare som behandlade den avlidne

5. Underskift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Nordic Loss Adjusting AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Nordic Loss Adjusting AB, Box 1141, 171 22 Solna

Eller via e-post: info@nlaab.com

Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Kopia av dödsfallsintyg