

→ ANMÄLAN AVSER

Kontraktshnr

→ UPPGIFTER OM DEN AVLIDNE/FÖRSÄKRADE

Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Utdelningsadress	Postnr	Ort

VIKTIGT! Följande skall bifogas denna anmälan:

1. Dödsfallsintyg från skatteverket
2. Journalkopior eller obduktionsprotokoll där dödsfallsorsak framgår
3. Datautskrifter från försäkringskassan, O30-bild samt intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren.

Uppgifter om dödsfallet

Datum för dödsfallet - År/Mån/Dag
Orsak

Senaste anställning före dödsfallet - (Avser även egenföretagare)

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad	<input type="checkbox"/> Egen företagare
Arbetsgivarens/företagets namn	Namn på ev. personalansvarig		
Utdelningsadress	Telefon (även riktnr)		
Postnr	Ort	E-mail	
Anställning hos ovan angiven arbetsgivare sedan - År/Mån/Dag			

→ FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn	Personnr
------	----------

→ UNDERSKRIFT - Av företrädare för dödsboet

Riktigheten av lämnade uppgifter bestyrks. Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning eller försäkringsinrättning, A-kassa och allmän försäkringskassa eller annan myndighet får lämna de upplysningar, journaler, register, handlingar, intyg m.m. som Cardif Nordic AB behöver för att bedöma mina ersättningsanspråk. Jag är medveten om att Cardif Nordic AB, dess dotterbolag och samarbetspartner behandlar Mina personuppgifter vid skaderegleringen. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet.

Namnsteckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
Namnförtydligande	Telefon dagtid (även riktnr)	

BLANKETTEN INSÄNDES TILL: CARDIF NORDIC AB, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är Cardif Livförsäkring AB - Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är Cardif Försäkring AB