

Skademelding

MELDING OM DØDSFALL

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

FORSIKRINGSTAKER/ARBEIDSGIVER

Forsikringsnummer

Fødselsnummer (11 siffer) / Org. nummer

Forsikringstagers navn

Kontaktperson

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

OPPLYSNINGER OM AVDØDE

Fylles inn hvis opplysningene er ulike informasjonen over

Fornavn

Efternavn

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Anlegg avdøde tilhørte

Postnummer

Sted

Avdøde var:

Ansatt

Medforsikret

Hvis forsikring gjennom arbeidsgiver:

Stilling/yrke

Ansatt dato

Stillingsbrøk

Fast ansatt:

Ja

Nei

Er dødsfallet forårsaket av yrkesskade/-sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, legg ved RTV skjema.

OPPLYSNINGER OM DØDSFALLET

Når skjedde dødsfallet? Oppgi dato, tidspunkt

Lege/sykehus som undersøkte avdøde, oppgi navn og adresse

Beskriv hendelsen som førte til dødsfallet

Er dødsfallet meldt til politi? Ja Nei

Hvis ja, hvilket politidistrikt

Anmeldelsesnummer

Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn og bilenes registreringsnummer

OPPLYSNINGER OM ETTERLATTE

Ektefelle Partner Samboer Separert/skilt Barn

Ektefelle/partner/samboer

Navn

Adresse

Telefon

Barn

Navn

Adresse

Fødselsnummer

Andre pårørende (navn og adresse) hvis ikke ektefelle, samboer eller barn

NØDVENDIGE ATTESTER

- Dødsattest
- Fødselsattest for barn
- Adopsjonsbevis for adoptivbarn
- Skifte-/uskifteattest eller erklæring fra skifteretten
- Bekreftelse på samboerskap fra Folkeregisteret
- Testamente
- Annet:

BANKKONTO

Erstatningen ønskes overført til bankkonto nr

Kontoeiers navn

SIGNATUR

Arbeidsgiver eller etterlattes underskrift

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

Sted og dato

Etterlattes underskrift

Utfylt skjema sendes til:

Post
Landkreditt Forsikring AS
Postboks 1824 Vika
0123 OSLO