

→ ANMÄLAN AVSER

<input type="checkbox"/> Låneskydd	<input type="checkbox"/> Kontoskydd	Låneavtalsnr: <input type="text"/>
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

→ UPPGIFTER OM DEN AVLIDNE/FÖRSÄKRADE

Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Utdelningsadress	Postnr	Ort

VIKTIGT
Bifoga

- Registerutdrag från skatteverket "Dödsfallsintyg och släktutredning"
- Journalkopior eller obduktionsprotokoll där dödsfallsorsak framgår.
- Datautskrifter från försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) samt intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren. (Kan beställas från försäkringskassans hemsida)

→ UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet - År/Mån/Dag	Orsakades dödsfallet av en olycka?	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA
Dödsfallsorsak			

Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsfallsorsaken

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

→ UPPGIFTER OM TIDIGARE SJUKDOM/SKADA

Har den avlidne tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när? - År/Mån/Dag
Vilken sjukdom led den avlidne av?			

Vilken/vilka vårdinrättning(ar) anlätades då?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnr
-------------------	-----------------------

→ ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

→ FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn		Samhörighet med den avlidne
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr	Ort	Telefon kvällstid (även riktnr)

→ UNDERSKRIFT

Cardif Försäkring AB och dess samarbetspartners behandlar personuppgifter vid skaderegleringen i enlighet med försäkringsvillkoren. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet. Om du har frågor angående behandlingen kan du kontakta personuppgiftsansvarig på Cardif Försäkring AB, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till Cardif Försäkring AB, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

Av företrädare för dödsboet

Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks. Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt.

Namn/teckning	Datum - År/Mån/Dag	Ort
Namnförtydligande	Personnr	

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

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