

E Dödsboföreträdare

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Eventuell byrå:		Eventuell befattning:
Utdelningsadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
<i>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga. Med min underskrift medger jag att få inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som försäkringsgivaren anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för försäkringsgivarens medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för försäkringsgivarens räkning samt de återförsäkringsbolag som försäkringsgivaren anlitar.</i>		
.....
Ort	Datum	Underskrift

F Förmånstagares underskrift

<i>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga. Med min underskrift medger jag att få inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som försäkringsgivaren anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för försäkringsgivarens medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för försäkringsgivarens räkning samt de återförsäkringsbolag som försäkringsgivaren anlitar.</i>		
.....
Ort	Datum	Underskrift
.....
Personnummer	Namnförtydligande	