

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

Forsikringsnr

Fødselsnr/org. nr.

Forsikringstakers navn

Kontaktperson

Adresse

Telefon

Postnr

Poststed

E-post

### Opplysninger om avdøde - hvis forskjellig fra opplysningene over

Navn

Fødselsnr. (11 siffer)

Adresse

Anlegg avdøde tilhørte

Postnr

Poststed

Avdøde var

Ansatt

Medforsikret

### Hvis forsikring gjennom arbeidsgiver

Stilling/yrke

Ansatt dato

Fast ansatt

Ja

Nei

Stillingsbrøk

Er dødsfallet forårsaket av yrkesskade/-sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, legg ved RTV skjema

### Opplysninger om dødsfallet

Når skjedde dødsfallet? Oppgi dato, tidspunkt og sted

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

Anmeldelsesnr

Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn og bilenes registreringsnr

### Opplysninger om etterlatte

Ektefelle    Partner    Samboer    Separert/skilt    Barn

Ektefelle/partner/samboer (navn, adresse og tlf nr)

Barn (navn, adresse og fødselsnr (11 siffer))

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

### Nødvendige attester

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

### Bankkonto

Erstatningen ønskes overført til bankkontonr

Kontoeiers navn

### Arbeidsgivers/forsikringstakers underskrift og stempel - hvis kollektiv forsikring

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

### Underskrift etterlatte

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Sted og dato

Etterlattes underskrift