

## Skademelding – Gruppeliv

### Melding om dødsfall

#### Arbeidsgiver:

Kundenummer:	Avtalenr:	Kontaktperson:	Org.nr (må alltid fylles ut):
Arbeidsgivers navn:		Telefon:	Mobil: Faks:
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Tariffavtale: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – I tilfelle hvilken:		E-post:	

#### Opplysninger om avdøde:

Navn:	Fødselsnr (11siffer):		
Privat adresse:	Postnr/-sted:	Dødsdag:	
Når ble dødsfallet meldt til arbeidsgiver:	Er skaden meldt til annet selskap: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – Oppgi hvilket:		
Er dødsfallet forårsaket av yrket: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Når ble vedkommende ansatt		
Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Stilling: <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid i % _____ <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Annet – vennligst beskriv:			
Uførepensjonist dato:	Førtidspensjonist dato:		
Hvilket sykehus eller eventuelt hvilken lege behandlet avdøde sist (navn og yrkesadresse):			

#### Opplysninger om etterlatte

Sivilstand:	<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Skilt	<input type="checkbox"/> Samboer
	<input type="checkbox"/> Separert	<input type="checkbox"/> Registrert partner	
Ektefelles/samboers/reg. partners navn og adresse:	Fødselsnr (11sifre):	Telefon:	
Fraskilt/separert ektefelles navn og adresse:	Fødselsnr (11sifre):	Telefon:	
Barn under 25 år med navn og adresse	Fødselsnr (11sifre):	Telefon:	
Verge (hvis oppnevnt) med navn og adresse		Telefon:	

**Attester m.m. som må fremlegges**

For avdøde - dødsattest/skifteattest  
For samboer - bostedsbevis fra Folkeregistret  
For ektefelle/reg. partner - vigselsattest, evt. separasjons-/skilsmissebevilling  
For barn - dåpsattest eller fødselsattest evt. adopsjonsbevis

**Erklæring:**

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning:

Sted og dato:

Underskrift:

**Returadresse:**

Ly Forsikring AS  
Åsmarkvegen 2  
2390 Moelv

**E-post:**

[skade@lyforsikring.no](mailto:skade@lyforsikring.no)

**Telefon:**

62 80 99 99