

Skadeanmälan Trygghetsförsäkring - Dödsfall

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB**Box 1141****171 22 SOLNA**Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com

1. Företrädare för dödsboet

För- & Efternamn	Personnummer
Adress	Postnr & Postadress
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Grunduppgifter förförsäkrad

För- & Efternamn	Kreditnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer

3. Kompletterande uppgifter

Dödsfallsdatum?(År, månad, dag)	Dödsfallsorsak?
---------------------------------	-----------------

4. När uppkom sjukdomen/olycksfallet som föranledde dödsfallet? (År, månad, dag)

5. Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Kopia på dödsorsaksintyg
- Kopia av dödsfallsintyg

6. Underskift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Sedgwick Sweden AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande