

MARSH

Skadeanmälan Dödsfall

Företrädare för dödsboet

Försäkrad

Efternamn, Förnamn	Efternamn, Förnamn
Personnummer	Personnummer
Adress	Adress
Postnummer	Postnummer
Postadress	Postadress
Telefon dagtid	
E-post adress (ifylles för snabbare korrespondens i ärendet)	

Dödsfallsdatum (Ange med år, månad och dag)

Olycksfall

När hände olyckan (Ange med år, månad och dag)?	Var hände olyckan?
Hur gick olyckan till?	

Sjukdom

När uppkom sjukdomen (Ange med år, månad och dag)?	
Sjukdomens symptom/Diagnos	

Bilagor som skall bifogas

- Dödsfallsintyg
- Dokument som visar dödsorsak
- Polisrapport vid händelse av trafikolycka eller liknande
- Journalutdrag från sjukhus

Underskrift

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt och myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma förmånstagarens ersättningsanspråk

Ort och Datum	Namnsteckning
---------------	---------------

Skadeanmälan skickas till:

Marsh AB

Att: EnterCard

Klara Norra Kyrkogata 29

111 22 Stockholm

Observera att korrespondens i ärendet i första hand kommer att ske via e-post.