

Forsikringstaker

Navn

Avtalenummer

Gruppelivsforsikring, nummer:

Opplysninger om avdøde

Etternavn

Fornavn

Fødselsnr. (11 siffer)

Adresse

Dødsdato

Postnr.

Poststed

Er dødsfallet forårsaket av yrket? Hvis ja, meld fra på skjema for yrkesskade

Ja Nei

Når ble dødsfallet meldt til arbeidsgiver?

Når ble arbeidstakeren ansatt?

Arbeidstakerens stilling/yrke

Var arbeidstakeren helt arbeidsdyktig:

Ved inntredelsen i forsikringen

Ja

Nei

Ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum (se gruppelivsforsikringen)

Ja

Nei

Arbeidstakerens månedslønn – brutto kr

Siste arbeidsdag før sykmelding

Stilling

Heltid Deltid i % Vikar

Antall timer pr. uke

Var arbeidstakeren ufør, og fra hvilket tidspunkt

Opplysninger om etterlatte

Gift/reg. partner Samboer Ugift Separert/skilt Enslig forsørger

Ektefelle eller samboers navn og adresse

Barn under 20/25 år (se tariffavtalen), navn, adresse og fødselsdato

Personer som for en vesentlig del ble forsørget av arbeidstakeren

Dato

Forsikringstakers stempel og underskrift

Telefonnummer