

Bedriftens navn:
Organisasjonsnummer (9 siffer):
Avtalenummer (7 tegn):

Opplysninger om avdøde:

☐ Hovedforsikret (ansatt) ☐ Medforsikret

Dødsdato:	Når ble dødsfallet meldt til arbeidsgiver?:
-----------	---

Hovedforsikret (ansatt):

Fornavn:	Etternavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:		Postnummer/poststed:

Medforsikret:

Fornavn:	Etternavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
----------	------------	----------------------------

Opplysninger om hovedforsikrede (den ansattes) arbeidsforhold (skal alltid fylles ut)

Gruppe i avtalen :

Ansatt dato :

Lønn :

Er dødsfallet forårsaket av yrket ☐ JA ☐ NeiEr dødsfallet forårsaket av ulykke ☐ JA ☐ Nei

Var hovedforsikrede helt arbeidsdyktig:

a) Ved inntredelse i forsikringen ☐ JA ☐ Neib) Ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum ☐ JA ☐ Nei

Hovedforsikredes arbeidsevne før dødsfallet:

100 % arbeidsdyktig: ☐ JA ☐ NeiSykemeldt: ☐ JA ☐ Nei Fra Dato:Arbeidsavklaringspenger fra NAV: ☐ JA ☐ Nei Fra Dato:Varig uførepensjon fra NAV: ☐ JA ☐ Nei Fra Dato:Førtidspensjonert: ☐ JA ☐ Nei Fra Dato:Stilling: ☐ Heltid ☐ Deltid, oppgi %: ☐ Vikar ☐ Annet:☐ Gift ☐ Samboer ☐ Ugift ☐ Separert ☐ Enslig forsørger

Telefonnummer:	E-postadresse:
Dato:	Forsikringstakers stempel og underskrift:

Ferdig utfylt skjema sendes til DNB Livsforsikring AS, Postboks 7500 - 5020 Bergen.