

LY FORSIKRING

MELDING OM DØDSFALL

ORIENTERING OM DØDSMELDING

Meldingen skal sendes til LY Forsikring når en arbeidstaker dør. Formålet med meldingen er å gi LY Forsikring informasjon om at et forsikringstilfelle er inntrådt slik at det kan avgjøres om det skal skje en utbetaling, og i så tilfelle hvilke ytelser som skal utbetales. Melding skal også sikre at krav om innbetaling av premie stoppes.

Opplysninger om etterlatte

I meldingen skal det gis opplysninger om etterlatte. Dette er nødvendig for å fastsette størrelsen på forsikringssummen, og for å avgjøre hvem som har krav på utbetaling.

Opplysninger om medlemmet

Fastsettelsen av gruppelivserstatning skjer på grunnlag av opplysninger om medlemmet som er registrert i LY Forsikring.

Vennligst bruk blokkbokstaver!

1. Opplysninger om forsikringstaker

Forsikringstaker:		Foretaksnummer:
Adresse:	Post.nr:	Poststed:
Telefonnummer:		

2. Opplysninger om avdøde

Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer (11 siffer):
Ansettelsesdato:	Innmeldingsdato i forsikringen:	Dato for dødsfall:
Var den avdøde 100% arbeidsdyktig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

3. Opplysninger om dødsfallet

Er dødsfallet en ulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja - gå til punkt 4
Død som følge av sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja - gå til punkt 5

LY FORSIKRING

4. Opplysninger om ulykken

Skjedde ulykken under utførelse av lønnet arbeid i bedriften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er ulykken meldt til arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket politikammer er ulykken meldt til?
Var ulykken en trafikkulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Registreringsnummer på eget kjøretøy:	Registreringsnummer på motparts kjøretøy:
Hvor og hvordan skjedde ulykken?	

5. Opplysninger om sykdommen

Sykdom/diagnose:
Navn på lege som undersøkte avdøde:
Legens arbeidssted:

6. Opplysninger om etterlatte

<input type="checkbox"/> Gjenlevende ektefelle / registret partner <input type="checkbox"/> Gjenlevende samboer <input type="checkbox"/> Ingen	Fødselsnummer (11 siffer)	
Etternavn, fornavn:	Bankkontonummer	
Adresse:	Post.nr:	Poststed

Fraskilt ektefelle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	Fødselsnummer (11 siffer):	
Etternavn, fornavn:		
Adresse:	Post.nr:	Poststed:

LY FORSIKRING

7. Opplysninger om avdødes barn under 20 år

Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer:
Adresse:	Post.nr:	Poststed:
Barnets underskrift dersom barnet er over 18 år:		Bankkontonr. (11 siffer):

Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer:
Adresse:	Post.nr:	Poststed:
Barnets underskrift dersom barnet er over 18 år:		Bankkontonr. (11 siffer):

Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer:
Adresse:	Post.nr:	Poststed:
Barnets underskrift dersom barnet er over 18 år:		Bankkontonr. (11 siffer):

Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer:
Adresse:	Post.nr:	Poststed:
Barnets underskrift dersom barnet er over 18 år:		Bankkontonr. (11 siffer):

8. Signatur

Sted / dato:	Arbeidsgivers stempel og underskrift:
--------------	---------------------------------------

Returadresse:
LY Forsikring ASA
Åsmarkvegen 2
2390 Moelv

Epost:
skade@lyforsikring.no

Telefon:
62 80 99 99