

## Skadeanmälan Dödsfall

### Företrädare för dödsboet

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

### Försäkrad

### 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 eller annan vårdinrättning.

### Personuppgifter

Försäkringsadministratören kommer att behandla den försäkrades personuppgifter som rör den försäkrades hälsa i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204 (PuL)). Syftet med behandlingen är fullgörandet av de avtalsenliga åtagandena mot den försäkrade. Personuppgifterna kan komma behandlas av andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med för utförandet av det uppdrag försäkringsgivaren har från den försäkrade.

### Underskrift och fullmakt

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

Ort och Datum	Namnteckning
---------------	--------------

Skadeanmälan skickas till e-post [betalningsskydd@willis.com](mailto:betalningsskydd@willis.com) eller:

Willis AB  
Box 7273  
103 89 Stockholm

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