

Fylld ansökan skickas med post till: Försäkringutveckling, Box 38044, 100 64 Stockholm.

Eller scanna och skicka med e-post till: diabetesforbundet@fuab.com

Avliden person:	
Försäkringstagarens namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer & ort
Dödsboets förvaltares namn:	Dödsboets förvaltares e-post:
Dödsboets förvaltares adress:	Telefonnummer dagtid:
Eventuell ersättning utbetalas till (ange bank, clearing- & kontonummer):	
Har anmälan gjorts till annan försäkring? Om ja, vilken?	Kommer ersättning att erhållas från annan försäkring?

Dödsorsak:	
När uppkom sjukdomen/när hände olyckan? ÅÅÅÅMMDD	Var uppkom sjukdomen/var skedde olyckan?
Sjukdomens art/diagnos? Hur gick olyckan till?	

Att bifoga skadeanmälan:

- Dödsfallsattest, underskrivet av läkare
- Polisrapport vid vissa olyckshändelser/trafikolyckor och liknande
- Journalutdrag från sjukhuset vid dödsfall på grund av sjukdom
- Underlag för månatliga boendekostnader

Övriga upplysningar:

Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) samt polismyndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som bolaget anser sig behöva för att bedömma förmånstagarens ersättningsanspråk. Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Underskrift av dödsboets förvaltare:	
Ort:	Namnsteckning:
Datum	Namnförtydligande: