



Oslo Pensjonsforsikring

# Melding om dødsfall

Henvendelser vedrørende skader:  
telefon 23 36 08 00

Skademeldingen skal sendes til:  
Oslo Pensjonsforsikring AS  
Pb 6623 St. Olavs plass, 0129 Oslo

DØDSFALLET SKJEDDE:

I arbeid

På fritiden

## 1. OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (BRUK STORE BOKSTAVER)

|  |                |                |
|--|----------------|----------------|
| BYDEL / ETAT / KOMMUNAL BEDRIFT / FORETAK/AKSJESELSKAP |                | TELEFON        |
| KONTAKTPERSON HOS ARBEIDSGIVER                         |                | E-MAIL ADRESSE |
| ARBEIDSGIVERS POSTNR. / -STED                          | FORETAKSNUMMER |                |

## 2. OPPLYSNINGER OM AVDØDE (BRUK STORE BOKSTAVER)

|                    |             |  |               |
|--------------------|-------------|--|---------------|
| ETTERNAVN, FORNAVN |             | FØDSELSDATO  | PERSONNUMMER  |
| ADRESSE            |             | BOSTEDSKOMMUNE   |               |
| POSTNR. / -STED    |             | ARBEIDSSTED/KONTORSTED                                   |               |
| STILLING / YRKE    | ANSATT DATO | Fast ansatt  | STILLINGSBRØK |
|                    |             | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | %             |

Uførepensjonist Dato for overgang til uførepensjon:

## 3. OPPLYSNINGER OM DØDSFALLET

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| Når skjedde dødsfallet                                   | DATO  | KLOKKESLETT  | STED  |  |
| Hvilken lege undersøkte den avdøde                       | NAVN  |  | ADRESSE   |  |
| Hvor skjedde dødsfallet?                                 | <input type="checkbox"/> På direkte reise til / fra arbeidssted/ oppdragssted | <input type="checkbox"/> Ved fjernarbeid           | <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder  |  |
|  | <input type="checkbox"/> På arbeidsplass/ arbeidssted                         | <input type="checkbox"/> På tjenestereise          | <input type="checkbox"/> Hjemme                       | <input type="checkbox"/> Utenfor hjemmet <input type="checkbox"/> På ferie-/fritidsreise |
| Hvordan skjedde dødsfallet?                              | <input type="checkbox"/> Ulykke   | <input type="checkbox"/> Arbeidsulykke             | <input type="checkbox"/> Sykdom                       | <input type="checkbox"/> Yrkesykdom <input type="checkbox"/> Vold fra klient             |
|  | ANNEN ÅRSAK, OPPGI HVA SLAGS  |  |   |  |
| Dødsårsak  | <input type="checkbox"/> Kreft  | <input type="checkbox"/> Hjertestans/ svikt        | <input type="checkbox"/> Hjerne- slag                 | <input type="checkbox"/> Stråleskade <input type="checkbox"/> Infeksjon- bakterier/virus |
|  | <input type="checkbox"/> Fall   | <input type="checkbox"/> Sammenstøt/ påkjørsel     | <input type="checkbox"/> Elektrisk støt/ spenning     | <input type="checkbox"/> Velt/klemt/ fanget <input type="checkbox"/> Varmeskade          |
|  | <input type="checkbox"/> Kuldeskade   | <input type="checkbox"/> Kjemikalier - forgiftning | <input type="checkbox"/> Brann/eksplosjon/ sprengning | <input type="checkbox"/> Påført vold   |
|  | <input type="checkbox"/> Sportsaktivitet                                      | ANNEN, OPPGI HVA SLAGS                             |   |  |
| Er dødsfallet meldt til politiet?                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                      | HVIS JA, TIL HVILKET POLITIDISTRIKT                |   | ANMELDESESNR   |
| Ved trafikkulykke, oppgi                                 | PARTENES NAVN   |  | BILNR   |  |
|  | FORSIKRINGSELSKAP   |  | SAKSNR  |  |
| Foreligger det annen forsikring som omfatter dødsfallet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                      | HVIS JA, SELSKAPETS NAVN                           |   | SAKSNR   |

VED ULYKKE: BESKRIV HENDELSESFORLØPET SOM FØRTE TIL DØDSFALLET

---



---



---



---



---

#### 4. OPPLYSNINGER OM ETTERLATTE (BRUK STORE BOKSTAVER)

|  |                                  |                                  |                               |   |                                 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ektefelle                         | <input type="checkbox"/> Partner | <input type="checkbox"/> Samboer | <input type="checkbox"/> Barn | <input type="checkbox"/> Andre forsørgede | <input type="checkbox"/> Dødsbo |
| EKTEFELLE/PARTNER/SAMBOERS ETTERNAVN, FORNAVN              |                                  |                                  | FØDSELSDATO                   | PERSONNUMMER                              |                                 |
| ADRESSE  |                                  |                                  | TELEFON                       |   |                                 |
| POSTNR. / -STED  |                                  |                                  |                               |   |                                 |
| BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN                                 |                                  |                                  | FØDSELSDATO                   | PERSONNUMMER                              |                                 |
| ADRESSE  |                                  |                                  | TELEFON                       |   |                                 |
| POSTNR. / -STED  |                                  |                                  |                               |   |                                 |
| BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN                                 |                                  |                                  | FØDSELSDATO                   | PERSONNUMMER                              |                                 |
| ADRESSE  |                                  |                                  | TELEFON                       |   |                                 |
| POSTNR. / -STED  |                                  |                                  |                               |   |                                 |
| BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN                                 |                                  |                                  | FØDSELSDATO                   | PERSONNUMMER                              |                                 |
| ADRESSE  |                                  |                                  | TELEFON                       |   |                                 |
| POSTNR. / -STED  |                                  |                                  |                               |   |                                 |
| ANDRE PÅRØRENDE/FULLMAKTSHAVER DØDSBO (ETTERNAVN, FORNAVN) |                                  |                                  | FØDSELSDATO                   | PERSONNUMMER                              |                                 |
| ADRESSE  |                                  |                                  | TELEFON                       |   |                                 |
| POSTNR. / -STED  |                                  |                                  |                               |   |                                 |

#### 5. NØDVENDIGE ATTESTER (SOM SKAL LEGGES VED SKADEMELDINGEN)

- Skifteattest/uskifteattest

#### 6. POST-/BANKKONTO (11 SIFTER)

|                                  |             |  |
|----------------------------------|-------------|--|
| Erstatningen ønskes overført til | KONTONUMMER | KONTOEIERS / FULLMAKTSHAVER DØDSBOETS NAVN |
|----------------------------------|-------------|--|

#### 7. ARBEIDSGIVERS UNDERSKRIFT OG STEMPEL (PÅSE AT SKJEMAET ER TILSTREKkelig UTFYLT FØR UNDERTEGNING)

|      |      |             |         |
|------|------|-------------|---------|
| STED | DATO | UNDERSKRIFT | STEMPEL |
|------|------|-------------|---------|

#### 8. FULLMAKT

Jeg bekrefter riktigheten av ovennevnte opplysninger og samtykker i at Oslo Pensjonsforsikring AS kan registrere disse opplysningene. Opplysningene skal brukes både til statistiske formål og til å fastsette mine rettigheter under forsikringsavtalen. Dersom selskapet trenger å innhente ytterligere opplysninger fra lege, sykehus, NAV, arbeidsgiver eller andre, vil jeg få tilsendt en egen fullmakt.

|      |      |   |
|------|------|---|
| STED | DATO | UNDERSKRIFT (EKTEFELLE, PARTNER, SAMBOER, MYNDIGE BARN, ANDRE ETTERLATTE) |
|------|------|---|