

Övriga försäkringar

Berörs andra försäkringar av det inträffade?

 Ja, i
försäkringsbolaget _____**Försäkringsnummer** _____ Nej

Har anmälan gjorts även till annat försäkringsbolag?

 Ja, till
försäkringsbolaget _____**Skadenummer** _____ Nej**Noteringar****Bilagor som skall bifogas anmälan**

- Dödsorsaksintyg, underskriven av en läkare
- Polisrapport vid vissa olyckshändelser/trafikolyckor och liknande
- Dödsfallsattest med släktutredning från skattemyndigheten
- Dödsboförvaltare

Underskrift

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort _____ Datum _____

Underskrift
dödsboets
företrädare _____

Telefon dagtid _____

Namn-
förtydligande _____**Anmälan skickas till**

Chubb European Group SE
Box 868, 101 37 Stockholm
Tel 08-692 54 20, Fax 08-692 54 10
Skador@chubb.com