

Anmälan

Vid dödsfall

Försäkringstagare:

Personnummer:

Adress:

Postnummer och ort:

Förvaltare av dödsboet:

Adress:

Postnummer och ort:

Telefon till förvaltare:

E-post till förvaltare:

Försäkringsnummer:

Vid olycka

När och var inträffade olyckan?

Hur inträffade olyckan?

Vid sjukdom

När inträffade sjukdomen?

Diagnos inklusive datum för diagnosen:

Ev. tilläggsupplysningar

- Jag bekräftar att ovanstående upplysningar är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av skadeanmälan.
- Jag samtycker härmed att till att AmTrust Nordic AB kan kontakta polis, läkare, myndigheter eller annan berörd part för att inhämta information som är nödvändig för att behandla skadeärendet.

Underskrift:

Datum och ort:

Bifoga till skadanmälan:

- Dödsfallsintyg
- Journaler från sjukhuset, vid dödsfall till följd av sjukdom
- Ev. polisrapporter, vid dödsfall till följd av olycka

Skadeanmälan returneras till:

AmTrust Nordic AB
Hamngatan 11
111 47 Stockholm

E-post: skador@amtrustgroup.com
Telefon: 08-440 38 16



AmTrust Insurance Services
An AmTrust Financial Company