



Melding om dødsfall

1. Opplysninger om arbeidsgiver

Arbeidsgiver (bydel/etat)

Foretaksnummer

Adresse

Postnummer

Sted

E-post

Telefon

2. Opplysninger om avdøde

Navn (fornavn, etternavn)

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Postnummer

Sted

Stilling/yrke

Arbeidssted/kontorsted

Ansatt dato

Fast ansatt

Ja

Nei

Stillingsprosent

Var avdøde uførepensjonist?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi dato for overgang til uførepensjon:

3. Opplysninger om dødsfallet

Når skjedde dødsfallet?

Sted

Hvor skjedde dødsfallet?

På arbeidsplass/arbeidssted

Ved fjernarbeid

På vei mellom arbeidssteder

På ferie/fritidsreise

Direkte reise til/fra arbeidsplass/oppdragssted

På tjenestereise

Hjemme

Hva var årsaken til dødsfallet?

Sykdom

Yrkessykdom

Ulykke

Arbeidsulykke

 Annen årsak

Hvis annen årsak, beskriv:

Ved ulykke, beskriv hendelsesforløpet som førte til dødsfallet



Ved trafikkulykke, oppgi:

Partenes navn	Registreringsnummer	Forsikringsselskap	Saksnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Partenes navn	Registreringsnummer	Forsikringsselskap	Saksnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hadde avdøde ulykkesforsikring i annet forsikringsselskap?	Forsikringsselskapets navn	Saksnummer
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Hvis ja, oppgi: <input type="text"/>	<input type="text"/>

Er dødsfallet meldt til politiet?	Politidistrikt	Saksnummer
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Hvis ja, oppgi: <input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Opplysninger om etterlatte

Hvem er de etterlatte? (Flere valg er mulig)

<input type="checkbox"/> Ektefelle	<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Barn	<input type="checkbox"/> Andre forsørgede	<input type="checkbox"/> Dødsbo
------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	---	---------------------------------

Ektefelle/samboer

Ektefelle/samboers navn (fornavn, etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse	Postnummer	Sted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Barn (under 20 år)

Barnets navn (fornavn, etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse	Postnummer	Sted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Barn (under 20 år)

Barnets navn (fornavn, etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse	Postnummer	Sted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Andre forsørgede/dødsbo

Andre forsørgede/dødsboets navn (fornavn, etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse	Postnummer	Sted
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dersom du har plassmangel eller ønsker å oppgi flere etterlatte, kan du legge til dette under tilleggsopplysninger på neste side.



5. Kontonummer

Erstatning ønskes overført til:

Kontonummer (11 siffer)

Kontoeiers/fullmaktshavers/dødsboets navn

6. Arbeidsgivers underskrift og stempel

<hr/>	<hr/>
Sted og dato	Underskrift og stempel

7. Etterlattes samtykke og underskrift

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.

Jeg er kjent med at selskapet kan oversende opplysninger i saken til eksterne sakkyndige og utredningsfirma ved vurdering av ev. rett til oppgjør under forsikringen. Jeg er videre kjent med at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett til erstatning etter forsikringsavtaleloven.

Oslo Pensjonsforsikring kan ved kvalifisert mistanke om uriktige eller ufullstendige opplysninger, be et utredningsfirma om bistand til faktaavklaring, og oversende opplysninger innhentet i anledning skadesaken.

<hr/>	<hr/>
Sted og dato	Underskrift (ektefelle, samboer, myndige barn, andre etterlatte, dødsbo)

Jeg samtykker til elektronisk kommunikasjon Hvis ja, oppgi e-post:

Dette betyr blant annet at svar på saken vil komme som vedlegg per e-post. OPF passordbeskytter alle vedlegg og sørger for at informasjonen i selve e-posten er i tråd med personvernreglene.

Husk å legge ved skifteattest/uskifteattest i meldingen

Eventuelle tilleggsopplysninger (valgfritt)

Henvendelser om meldingen: Telefon: 23 36 08 00 eller e-post: personskade@opf.no
Skjemaet sendes til: Oslo Pensjonsforsikring AS, Postboks 6623 St. Olavs Plass, 0129 Oslo