



**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 \_\_\_\_\_

Namnför-  
tydligande \_\_\_\_\_**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