



ANMÄLAN OM DÖDSFALL

Volvofinans Låneskydd och Privatleasingskydd

IFYLLS ALLTID

Kundnummer	Registreringsnummer
Namn på den som sköter dödsboets angelägenheter (kontaktperson)	Personens samhörighet med den avlidne
Utdelningsadress	Postnummer Ort

DEN AVLIDNE

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer Ort
Berodde dödfallet på ett olycksfall. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Dödsorsak (om denna är känd):	
När inträffade olyckan? År, månad, dag och klockslag.	
Vid vilket sjukhus/klinik fastställdes dödsfallet?	

UNDERSKRIFT AV FÖRETRÄDARE AV DÖDSBOET

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort	Datum	Underskrift
-----	-------	-------------

Skicka anmälan till:
If Skadeförsäkring
P100
106 80 Stockholm
Vid frågor ring 08-792 72 27