

Forsikringsnummer	Dødsdato	
Afdødes navn	CPR-nr.	
Jeg var på dødstidspunktet		
Sæt kryds		
<input type="checkbox"/> gift med afdøde (ikke separeret eller skilt)		
<input type="checkbox"/> separeret fra afdøde		
<input type="checkbox"/> skilt fra afdøde.		
Dato	Underskrift	CPR-nr.