

Uppgifter för dödsboanmälan

Avlidnes namn:

Personnummer:

Senaste bostadsadress:

Dödsbodelägare, Namn:

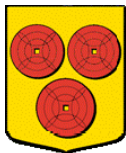
Adress, personnummer
samt släktskap:

.....
.....
.....
.....

Övriga upplysningar:

.....
.....

Tillgångar:	Pension eller slutlön	.....	kr
	Lösöret	.....	kr
	Bankmedel	.....	kr
	Kontanter	.....	kr
	Värdepapper, t ex. fonder/aktier	.....	kr
	Försäkringar	.....	kr
	Skatteåterbäring	.....	kr
	Båt, bil, husvagn, mc	.....	kr
	Make/makas andel i Giftorättsgods	.....	kr
	Make/maka - ägare av fast egendom el. tomträtt, bostadsrätt	.....	kr



ORSA KOMMUN

Omsorgen

Andel i oskiftat dödsbo kr

Smycken kr

Medlemskort inestående
medel t.ex. Konsum, OK, ICA kr

Skulder:

Hyra kr

Vårdkostnader kr

Begravningskostnader kr

Gravsten kr

Städ- och tömningskostnader kr

Övriga skulder kr

Härmed försäkras (av samtliga dödsbodelägare) att lämnade uppgifter till dödsboanmälan är riktiga och att ingenting har utelämnats.

Orsa (datum)

Namn:

.....

.....

Adress:

.....

.....

Postnr: Telefon:

Postadress

Box 23

794 21 Orsa

Besöksadress

Lillägatan 2

Telefon

0250-55 21 00 vxl

0250-55 23 50

Fax

0250-55 23 51

E-post

soc@orsa.se

Bankgiro

797-7200

Postgiro

12 42 60-1

Org.nr

212000-2189