

# Uppsägning av lägenhet vid dödsfall



|   |            |                           |
|---|------------|---------------------------|
| Härmed säger vi upp hyresavtal för lägenhet med lägenhetsnummer |            |                           |
| Hyresgästens namn   |            | Hyresgästens personnummer |
| Lägenhetens adress  | Postnummer | Ort                       |
| Namn på vårdare av dödsbo                                       |            |                           |
| Adressuppgifter till vårdare av dödsbo                          |            |                           |
| Telefonnummer kontaktperson                                     |            |                           |
| E-post kontaktperson  |            |                           |

- Genom att kryssa i denna ruta intygas att vi som vårdare av dödsboet själva ansvarar för att visa lägenhet för kommande intressenter under uppsägningstiden och att ovanstående kontaktuppgifter är korrekta.
- Vi vill att AllboHus Fastighets AB visar lägenheten i vårt ställe och ger därmed AllboHus tillåtelse att gå in med huvudnyckel i lägenheten.
- Vi godkänner att AllboHus Fastighets AB går in med huvudnyckel i lägenheten för att genomföra avflyttningsbesiktning om vi ej närvarar vid besiktningstillfället.

**Observera att uppsägningen skall kompletteras med dödsfallsintyg med släktutredning.**

**Vid dödsfall är uppsägningstiden en hel kalendermånad.**

Ort och datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift vårdare av dödsbo

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande vårdare av dödsbo

