

OBS! Vänligen bifoga registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och Släktutredning" samtidigt med denna anmälan!

Försäkringsnummer/Gruppvattnummer	Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare
-----------------------------------	------------------------------------

Den avlidnes namn (försäkrad/gruppmedlem/medförsäkrad/barn)	Personnummer
Gruppmedlems personnummer om den avlidne var medförsäkrad	Dödsfallsdatum
Företrädare för dödsboet	Samhörighet med den avlidne
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon dagtid	E-postadress för korrespondens

Försäkran ska fyllas i av anhörig eller annan person som väl känner till den avlidnes släktförhållanden. Uppgifterna behövs för att försäkringsgivaren ska kunna göra en korrekt utbetalning.

I egenskap av: _____ försäkrar jag på heder och samvete:
(ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. "make" eller "förmånstagare")

att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade

att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns: _____

att maka/make/registrerad partner och barn saknas. Var god ange nedan om andra arvsberättigade personer finns:

Namn samt släktskap med den avlidne	Personnummer
Namn samt släktskap med den avlidne	Personnummer

Besvara nedanstående frågor a, b, c, om den avlidne var gift eller hade registrerad partner

a) Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och/eller dennes maka/make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad? Ja Nej

b) Om den avlidne var registrerad partner, hade ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol? Ja Nej

c) Om ansökan om äktenskapsskillnad/ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol, var god ange datum: _____ Datum

Besvara nedanstående fråga d, om den avlidne var ogift

d) Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållande med ogift person? Ja Nej

Om Ja, ange den sammanboendes namn	Personnummer	Fr.o.m. datum
------------------------------------	--------------	---------------

Fråga e) nedan besvaras alltid

e) Vad var orsaken till dödsfallet? Sjukdom Olycksfall

Diagnos/sjukdom som föranlett dödsfall? Vid olycksfall bifoga gärna kopia på obduktionsprotokoll och/eller polisrapport om sådan finns.

Underskrift nedan av den som avger försäkran	Uppgifter om mottagare av Bouppteckningsintyg
Ort och datum	Namn
Namn-teckning	Utdelningsadress
Namn-förtydligande	Postnummer och ort

I egenskap av: _____		anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet.	
(ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. "make" eller "förmånstagare")			
Ange nedan till vilket bankkonto utbetalning ska ske:			
Kontohavarens namn	Personnummer		
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer		
Omyndig förmånstagares belopp ska (om beloppet överstiger 1 prisbasbelopp) insättas på överförmyndarspärret bankkonto. Ange nedan den omyndiges kontouppgifter. Bifoga kopia av kontobevis med uppgift om överförmyndarspär.			
Kontohavarens namn	Personnummer		
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer		
Vid omyndig kontohavare, ange nedan förmyndarens namn och adress om annan än efterlevande maka/make.			
Förmyndarens namn	Personnummer		
Utdelningsadress	Postnummer och ort		
Telefon dagtid	E-postadress för korrespondens		
Arvsavstående			
Förmånstagaren kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbelopp till förmån för den/de närmast efter förmånstagaren berättigade.			
Förmånstagaren önskar eventuellt avstå; vänligen sätt ett kryss om kontakt önskas:			<input type="checkbox"/> Ja
Underskrift av den som begär utbetalning			
Ort och datum	Namnteckning		
Personnummer	Namnförtydligande		
Utdelningsadress	Postnummer och ort		
E-postadress för korrespondens	Telefon dagtid		

BIFOGA, OM MÖJLIGT, EN KOPIA PÅ FÖRSÄKRINGSBESKEDET. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av gruppföreträdare eller arbetsgivare och är en bekräftelse på försäkringstillhörighet. Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid tidpunkten för dödsfallet.			
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad maka/make/registrerad partner <input type="checkbox"/> Medförsäkrad sammanboende <input type="checkbox"/> Barn			
Försäkring	Ansluten - år, månad, dag	Avregistrerad - år, månad, dag	Premien betald till (datum)
Om den avlidne var gruppmedlem, har premie erlagts för medförsäkrad?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, till och med (år, månad, dag)	Gruppmedlemmens namn (anges om den avlidne var medförsäkrad)		
Försäkringsbelopp gruppmedlem	Försäkringsbelopp medförsäkrad		
Gruppmedlemmen var anställd sedan - år, månad, dag	Den avlidne var vid tiden för dödsfallet frånvarande från arbetet sedan - år, månad, dag		
På grund av:	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnteckning		
Ort och datum	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnförtydligande		