

Uppgifter om arbetsgivaren

Arbetsgivarens namn		Försäkringsnummer (Tjänstegruppliv)
Arbetsgivarens adress	Postnummer och ort	
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefon eller mobiltelefon	Avtalsnummer

Uppgifter om den försäkrade

Den avlidnes namn		Den avlidnes personnummer (10 siffror)
Dödsorsak		Datum för dödsfallet (år, månad, dag)
Den avlidne var <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Make/registrerad partner till en anställd hos arbetsgivaren (för information om ersättning från makeförsäkringen, se försäkringsvillkoren.)		
Den anställdes anställningstid från och med (år, månad, dag)		Till och med (år, månad, dag)
Arbetsstid <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Om deltid ange ordinarie arbetsstid i timmar per helgfri vecka	
Kollektivavtalsområde: ange arbetsgivarpart och arbetstagarpart		
Den anställda hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbetet sedan, datum (år, månad, dag)		
Orsak till frånvaro <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Tjänstledighet		Om tjänstledig, ange orsak

Underskrift av arbetsgivaren

Undertecknad arbetsgivare intygar att den avlidne vid dödsfallet omfattades av arbetsgivarens tjänste- eller avtalsgrupplivförsäkring	
Ort och datum (år, månad, dag)	Telefon eller mobiltelefon
Underskrift	Namnförtydligande

Tänk på att Dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket ska bifogas denna anmälan. Det är viktigt att anmälan är fullständigt ifylld för att handläggning och utbetalning inte ska försenas. Sidan 1 fylls i av arbetsgivaren. Sidan 2 fylls i av anhörig till den avlidne. Om utrymmet inte räcker till, skriv på separat papper och ange den avlidnes personnummer, namn och fältets rubrik.

PVs noteringar

Var god vänd. Sidan 2 ska fyllas i av anhörig till den avlidne.

--

Uppgifter att besvaras av anhörig eller annan som väl känner till den avlidnes släktförhållanden. Se anvisningar på sidan 1.

Besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap skett vid tiden för dödsfallet? Om Ja, datum för ansökan (år, månad, dag)

Nej Ja

Besvaras om den avlidne var ogift

Var den avlidne sambo? Med sambo avses ogift person som den försäkrade vid dödsfallet sammanbodde med på ett sådant sätt som avses i sambolagen (2003:376).

Nej Ja

Om Ja, ange sambos förnamn och efternamn

Sambos personnummer (10 siffror)

Uppgifter i släktutredningen

Är uppgifterna i Skatteverkets släktutredning och ev. ytterligare bifogade kompletteringar riktiga och har alla arvsberättigade släktingar tagits med?

Ja Nej. Om Nej: för att kunna fastställa vilka som är förmånstagare behöver vi få en kopia av sidan 1 av bouppteckningen eller de sidor som anger samtliga arvsberättigade.

Makeförsäkring Fylls i om den avlidne var make eller registrerad partner till en anställd hos arbetsgivaren, se sidan 1.

Följande barn finns, som inte är barn till den anställda, men som vid tidpunkten för dödsfallet stod under dennes eller makes/partners vårdnad. Om utrymmet inte räcker till, skriv på separat papper.

Förnamn och efternamn

Personnummer (10 siffror)

Släktskap med den avlidne

Mottagare av bouppteckningsintyg

Ange namn och adress dit du vill att bouppteckningsintyget ska skickas

Undertecknad, ange namn och adress nederst på denna sida Annan företrädare för dödsboet, ange namn och adress nedan

Namn, adress, postnummer och ort

Försäkran

Har den anställda haft annan anställning eller sysselsättning samtidigt med eller efter, den i anställningsintyget angivna anställningen eller deltagit i arbetsmarknadspolitiska åtgärder?

Nej Ja, fyll i uppgifter nedan

Arbetsgivarens namn

Telefon

Kommer anmälan om dödsfall för fler livförsäkringar skickas till något annat försäkringsbolag?

Nej Ja, ange vilket/vilka:

Tillhörde den avlidne något fackförbund?

Nej Ja, ange vilket:

Övriga upplysningar: ange t.ex. om barn väntas, god man för vuxen, förmyndare för omyndiga eller önskemål om avstående

Utbetalning av begravningshjälp till dödsboet

Vid rätt till begravningshjälp sker utbetalning till den avlidnes bankkonto om kontonummer anges nedan. Gäller ej makeförsäkring.

Kontoinnehavarens namn

Clearingnummer och kontonummer

Begäran om utbetalning till förmånstagare

I egenskap av förmånstagare anhåller jag/vi om utbetalning till nedanstående bankkonto. Om utrymmet inte räcker till, skriv på separat papper.

Kontoinnehavarens namn och personnummer (10 siffror)

Clearingnummer och kontonummer

Underskrift av den som begär utbetalning

Jag intygar på heder och samvete att uppgifterna jag lämnar är riktiga.

Uppgiftslämnarens släktskap till den avlidne

Telefon eller mobiltelefon

Adress

Postnummer och ort

Ort och datum (år, månad, dag)

Underskrift

Namnförtydligande