

A Försäkringen

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn vid gruppförsäkring):	Avtalsnummer:
---	---------------

B Den avlidne

Tilltalsnamn och efternamn:	Personnummer:
Dödsfallsorsak:	Datum för dödsfallet:

C Efterlevandeförsäkringen

Ange ditt namn:	Släktskap med den avlidne:	Ditt personnummer:
Bifoga Skatteverkets "Dödsfallsintyg och släktutredning". Är alla arvsberättigade personer upptagna i släktutredningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, följande saknas:		
Var den avlidne gift eller registrerad partner vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med:		
Hade den avlidne eller dennes make/registrerade partner ansökt om skilsmässa/upplösning av partnerskapet vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid följande tingsrätt:		
Var den avlidne sambo med någon vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med (namn, personnummer):		Sambor sedan:
Var den avlidnes sambo gift eller registrerad partner med någon annan än den avlidne? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med (namn, personnummer):		
Med min underskrift intygar jag att ovanstående uppgifter är riktiga och fullständiga.		
.....
Ort	Datum	Underskrift

D Utbetalning

Ersättningen betalas till försäkringens förmånstagare. Om särskilt förmånstagarförordnande finns betalas ersättningen enligt detta, annars enligt förmånstagarordningen i försäkringsvillkoren. Om en förmånstagare är omyndig måste bankens intyg om överförmyndarspärri bifogas för belopp som överstiger 1 prisbasbelopp.

Förmånstagares namn:	Personnummer:
Bankens namn och adress:	Clearingnummer: Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:
Bankens namn och adress:	Clearingnummer: Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:
Bankens namn och adress:	Clearingnummer: Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:
Bankens namn och adress:	Clearingnummer: Kontonummer:

E Dödsboföreträdare

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Eventuell byrå:		Eventuell befattning:
Utdelningsadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
<i>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga. Med min underskrift medger jag att försäkringsgivaren får inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som försäkringsgivaren anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för försäkringsgivarens medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för försäkringsgivarens räkning samt de återförsäkringsbolag som försäkringsgivaren anlitar.</i>		
.....
Ort	Datum	Underskrift

F Förmånstagares underskrift

<i>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga. Med min underskrift medger jag att får inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som försäkringsgivaren anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för försäkringsgivarens medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för försäkringsgivarens räkning samt de återförsäkringsbolag som försäkringsgivaren anlitar.</i>		
.....
Ort	Datum	Underskrift
.....
Personnummer	Namnförtydligande	