

# Anmälan om dödsfall, Gruppförsäkring



Företag/Organisation

Organisationsnummer

Avtalsnummer

Adress

Postnummer

Ort

Namn på den som sköter dödsboets angelägenheter (kontaktperson)

Personens samhörighet med den avlidne

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

## DEN AVLIDNE

Namn

Personnummer

Datum för dödsfallet

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

Ange namn och personnummer på gruppledmed om den avlidne var medförsäkrad eller barn.

Namn

Personnummer

Dödsfall under graviditet    Ange graviditetsvecka vid dödsfall:

## EFTERLEVANDEFÖRSÄKRAN

Ange ditt namn

Släktskap med den avlidne

Ditt personnummer

Berodde dödsfallet på ett olycksfall.

Vid sjukdom, när ställdes diagnosen?

Ja     Nej    Dödsorsak (om denna är känd):

När inträffade olyckan? År, månad, dag och klockslag.

Vid vilket sjukhus/klinik fastställdes dödsfallet?

Bifoga Skatteverkets "Dödsfallsintyg och släktutredning". Är alla arvsberättigade personer upptagna i släktutredningen?

Ja     Nej

Var den avlidne gift eller registrerad partner vid dödsfallet?

Nej     Ja, med:

Hade den avlidne eller dennes make/registrerad partner ansökt om skilsmässa /upplösning av partnerskap vid dödsfallet?

Nej     Ja, vid följande tingsrätt:

Var den avlidne sambo med någon vid dödsfallet?

Nej     Ja, med: (namn, personnummer)

Var den avlidnes sambo gift eller registrerad partner med någon annan än den avlidne?

Nej     Ja, med: (namn, personnummer)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort

Datum

Underskrift

Vänd >

## UTBETALNING

Ersättning betalas till försäkringens förmånstagare. Om särskilt förmånstagarförordnande finns betalas ersättningen enligt detta, annars enligt förmånstagarförordningen i förskringsvillkoren. Om en förmånstagare är omyndig måste bankens intyg om överförmyndarspär bifogas för belopp som överstiger 1 prisbasbelopp.

Förmånstagarens namn	Personnummer	
Bankens namn och adress	Clearingsnummer	Kontonummer
Förmånstagarens namn	Personnummer	
Bankens namn och adress	Clearingsnummer	Kontonummer
Förmånstagarens namn	Personnummer	
Bankens namn och adress	Clearingsnummer	Kontonummer

## FÖRMÅNSTAGARENS UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort	Datum	Underskrift
Namnförtydligande		Personnummer

## GRUPPFÖRETRÄDARENS/MÄKLARENS UPPGIFTER VID SJÄLVADMINISTRERAT AVTAL

Den avlidne var försäkrad som  
 Gruppmedlem  Medförsäkrad make/partner/sambo (ringa in vilket)  Barn

När anslöts den avlidne till gruppförsäkringen?

Namn på den avlidne

Personnummer

Ange gruppmedlemmens namn om den avlidne var medförsäkrad:

Gruppmedlemmens personnummer

Vid dödsfall av barn, ange försäkrads namn

Personnummer

## ANGE VILKEN/VILKA FÖRSÄKRINGAR DEN AVLIDNE OMFATTADES AV OCH FÖRSÄKRINGSBELOPP, SAMT ANSLUTNINGSDATUM

	Försäkringsbelopp	Anslutningsdatum	Betald t.o.m
<input type="checkbox"/> Livförsäkring			
<input type="checkbox"/> Livförsäkring med förtidskapital			
<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring			
<input type="checkbox"/> Sjuk- och olycksfallsförsäkring			

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort	Datum	Underskrift
Befattning	Telefonnummer	Namnförtydligande



Skicka anmälan till:  
If Skadeförsäkring  
P100  
106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27

