

**Uppgifter om arbetsgivaren**

|                                 |                            |                                    |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Arbetsgivarens namn             |                            | Försäkringsnummer (Avtalsgruppliv) |
| 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<br><input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Make/registrerad partner till en anställd hos arbetsgivaren<br>(för information om ersättning från makeförsäkringen, se försäkringsvillkoren.) |   |  |
| Den anställdes anställningstid från och med (år, månad, dag)   |   | Till och med (år, månad, dag)          |
| Arbetstid<br><input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid   | Om deltid ange ordinarie arbetstid 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<br><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 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. |                            |

**Pensionsvalets 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. Sambo ska fylla i blanketten "Sammanboendeutredning, PV 1195" och bifogas denna anmälan.

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

### 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