

**Avser barn till och med utgången av den månad barnet fyller 18 år.
Barnskydd ingår i försäkrads Grupplivförsäkring.**

Uppgifter

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nummer
Försäkrade barnets namn	Försäkrade barnets personnummer	Finns inte fullständigt personnummer År-mån-dag
Gruppmedlems namn		Gruppmedlems personnummer
Medförsäkrads namn (om barnet inte är barn till gruppmedlem)		Medförsäkrads personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress		Telefonnummer dagtid (även riktrn)
Den avlidne är barn till <input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make/sambo		
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? Om "Nej", ange adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ange dödsorsaken om den är känd		Har du/ni fått vårdbidrag för barnet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (sänd in samtliga intyg från Försäkringskassan)

Sänd in "Dödsfallsintyg med släktutredning" som begärs från Skatteverket

Begravningshjälp betalas ut för barn som avlidit efter den 22:a havandeskapsveckans utgång. I sådana fall ska även intyg från sjukhus eller kurator sändas in med denna blankett. På detta intyg ska uppgift om föräldrarnas personnummer finnas med samt i vilken havandeskapsvecka barnet avlidit.

Dödsboets kontouppgifter

Beloppet betalas i första hand till barnets dödsbo, i andra hand till föräldern som har försäkringen. Pengarna betalas ut som begravningshjälp.		
Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

Underskrifter

Jag, i egenskap av förälder och vårdnadshavare, försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Datum	Gruppmedlemmens namnteckning	Gruppmedlemmens namnförtydligande
Datum	Medförsäkrads namnteckning	Medförsäkrads namnförtydligande

Dina personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på lansforsakringar.se

Nedanstående uppgifter ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen för företaget/förbundet.

Premie för grupplivförsäkringen betald till och med? (år och månad)		
Jag bekräftar att uppgifterna ovan är riktiga.		
Gruppmedlem anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	Medförsäkrad anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	
Ort och datum	Företag/Arbetsgivare/Förening/Förbund/Mäklare	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktrn)	
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens underskrift	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens namnförtydligande	

Blanketten skickas till:
Företagarnas Försäkringsservice
Box 9600
117 91 Stockholm

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), org.nr 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), org.nr 502010-9681

Telefon
08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
lansforsakringar.se/grupp