

**Anmälan om dödsfall**

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan.

Skickas till: Företagarnas Försäkringservice  
Box 9600, 117 91 Stockholm

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| <b>GARANT Senior</b> | Gruppavtal nr<br><b>40059</b> |
|----------------------|-------------------------------|

**Uppgifter om den avlidne**

|                      |  |                              |
|----------------------|--|------------------------------|
| Den avlidnes namn    |  | Den avlidnes personnummer    |
| Datum för dödsfallet | Observera! Om anmälan avser medförsäkrad, ska även gruppmedlemmens personnummer anges: | Gruppmedlemmens personnummer |

**Viktigt! "Dödsfallsintyg och släktutredning" från Skatteverket ska bifogas till anmälan.**

**Företrädare för dödsboet**

|   |                                  |                             |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Namn på den som sköter dödsboets angelägenheter |                                  | Samhörighet med den avlidne |
| Utdelningsadress                                | Postnummer och ort               |                             |
| E-postadress                                    | Telefon dagtid (även riktnummer) |                             |

**LIVFÖRSÄKRING – GRUND, utbetalning till dödsboet****Dödsboets konto – d v s konto som har tillhört den avlidne \*)**

|                        |                |             |
|------------------------|----------------|-------------|
| Kontoinnehavarens namn |                |             |
| Bankens namn           | Clearingnummer | Kontonummer |

\*) Om kontonummer till dödsboet saknas, utbetalas beloppet till dödsboet med en bankgiroavi. Om förmånstagare är insatt, utbetalas beloppet till förmånstagaren/förmånstagarna.

**Övriga upplysningar**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Uppgiftslämnarens underskrift**

|       |               |                              |
|-------|---------------|------------------------------|
| Datum | Namnsteckning | Telefon dagtid (även riktnr) |
|-------|---------------|------------------------------|

**OBS! Om den avlidne också har haft Livförsäkring – Tillval, ska även blankettens baksida ifyllas. ►**

Var god fortsätt på nästa sida

## LIVFÖRSÄKRING – TILLVAL, utbetalning till förmånstagare

|  |                                  |                    |
|--|----------------------------------|--------------------|
| I egenskap av _____ anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet.<br>(ange släktskap/samhörighet med den avlidne, t ex "make", "barn" eller "förmånstagare") |                                  |                    |
| Namn (v.g. texta)  | Telefon dagtid (även riktnummer) | E-postadress       |
| Utdelningsadress   |                                  | Postnummer och ort |

### Ange vilket bankkonto som beloppet ska betalas ut till:

|                        |  |             |
|------------------------|--|-------------|
| Kontoinnehavarens namn | <input type="checkbox"/> gemensamt konto med försäkringstagaren/dödsboet |             |
| Bankens namn           | Clearingnummer   | Kontonummer |

### Avstående

|   |  |
|---|--|
| Förmånstagare kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbelopp till förmån för den/de närmast efter förmånstagaren berättigade. | Förmånstagaren önskar eventuellt avstå; var god tag kontakt: <input type="checkbox"/> Ja |
|---|--|

## FÖRSÄKRAN

**ska fyllas i av någon anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden.**

Uppgifterna behövs för att Förenade Liv ska kunna göra en korrekt utbetalning.

Observera att barn utom äktenskap har arvsrätt såväl efter fadern som efter faderns släkt.

Eftersom arvsrätten är ömsesidig har barnets far och hans släkt också arvsrätt efter barnet.

|   |              |                           |
|---|--------------|---------------------------|
| I egenskap av _____ försäkrar jag på heder och samvete<br>(ange släktskap/samhörighet med den avlidne, t ex "make", "barn" eller "förmånstagare") |              |                           |
| <input type="checkbox"/> att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade   |              |                           |
| <input type="checkbox"/> att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns:  |              |                           |
| <input type="checkbox"/> att make/registrerad partner/sambo och barn saknas. Var god ange om andra arvsberättigade personer finns:                |              |                           |
| Efternamn och förnamn   | Personnummer | Släktskap med den avlidne |
|   |              |                           |

Om ytterligare utrymme behövs, fortsätt på separat handling.

### Besvaras om den avlidne var gift eller hade registrerad partner

|   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap lämnats in till domstol? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om "Ja", ange datum:  |                             |                              |

### Besvaras om den avlidne var ogift/sambo

|   |                                   |                     |
|---|-----------------------------------|---------------------|
| Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", ange sambons namn        |                     |
|   | Sambons fullständiga personnummer | De var sambor sedan |

### Underskrift av den som begär utbetalning och avger försäkran

|       |              |                                  |
|-------|--------------|----------------------------------|
| Datum | Namnteckning | Telefon dagtid (även riktnummer) |
|       |              |                                  |