

<b>Gruppförsäkring Livförsäkring</b>	Avtalsnr och namn på org./företag
<b>Blanketten skickas till:</b> Företagarnas Försäkringservice      Telefon Box 9600      08-406 17 77 117 91 Stockholm	

### Personuppgifter

Gruppmedlemmens förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)
Adress		Postnummer
Datum för dödsfallet (ÅÅMMDD)		Ort
Dödsfallsorsak (om denna är känd)		
Berodde dödsfallet på ett olycksfall <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <b>om ja</b> Till eller från arbete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> arbetstid? <input type="checkbox"/> fritid?		
Vid "Ja". Vad hände? Vilket sjukhus har den avlidne vårdats på?		

### Namn och adress på den som sköter dödsboets angelägenheter (kontaktperson)

Förnamn	Efternamn	Personens samhörighet med den avlidne
Adress		Postnummer
Telefon arbete		Telefon hem

### Underskrift

Jag försäkrar härmed att av mig lämnade uppgifter på sidan 1 och 2 är riktiga och fullständiga. Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdinrättning samt den eller de läkare som behandlat försäkringstagaren får lämna Trygg-Hansa alla för bedömande av ersättningskrav erforderliga uppgifter om hälsotillståndet.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

### Fylls i av gruppföreträdare för självadministrerade gruppavtal

Den avlidne anslöts till Livförsäkringen	ÅÅMMDD
Premien betald till och med (ÅÅMMDD)	Om premien inte var betald vid dödsfallet, gällde då förskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej      efterskydd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Datum (ÅÅMMDD)	Gruppföreträdarens underskrift och telefonnummer

C 00959 07.12

"Försäkrän" på blankettens baksida ska fyllas i av någon anhörig.  
 "Dödsfallsintyg och släktutredning" från Skatteförvaltningen skall bifogas.  
 Båda blanketterna behövs innan Trygg-Hansa kan påbörja handläggningen.

**V g vänd!**

## Försäkran – ska fyllas i av någon anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden

Uppgifterna behövs för att Trygg-Hansa ska kunna göra en korrekt utbetalning enligt förmånstagarförordnandet.

I egenskap av ..... försäkrar jag på heder och samvete att (släktskap/samhörighet med den avlidne t ex "make" eller "förmånstagare")		
<input type="checkbox"/> bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> make/maka/registrerad partner/sambo och barn saknas		
<input type="checkbox"/> såvitt jag vet, finns ytterligare arvingar enligt nedan. (Om utrymmet inte räcker, var god fortsatt på separat papper.)		
Efternamn och förnamn	Personnummer (ÅÅMMDD-NR)	Släktskap med den avlidne

## 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

## Besvaras om den avlidne var sambo

Den avlidne hade vid tidpunkten för dödsfallet ett samboförhållande med		
Namn.....	Personnummer.....	Har varit sammanboende sedan.....

## Underskrift av den som avger försäkran

Ort och datum	Namnteckning

## Avstående

Förmånstagaren kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbeloppet till förmån för den/de närmast efter förmånstagaren berättigade.	
Förmånstagaren önskar eventuellt avstå från sin rätt till ersättning; var god ta kontakt: <input type="checkbox"/> Ja	

## Begäran om utbetalning

I egenskap av ..... anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet. (släktskap/samhörighet med den avlidne t ex "make" eller "förmånstagare")		
Ange förmånstagarens/förmånstagarnas bankkonto till vilken/vilka beloppet skall utbetalas:		
Bankens namn	Clearingnummer (4 siffror)	Bankkontonummer
Förmånstagar namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)	
Bankens namn	Clearingnummer (4 siffror)	Bankkontonummer
Förmånstagar namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)	
Omyndlig förmånstagarers belopp ska sättas in på överförmyndarspärret bankkonto, om beloppet överstiger 2 prisbasbelopp. Uppge den omyndiges kontonummer samt bank och clearingnummer. Är kontot överförmyndarspärret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Bankens namn	Clearingnummer (4 siffror)	Bankkontonummer
Förmånstagar namn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)	
Föremyndarens namn och adress		

## Underskrift av den som begär utbetalning

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Telefon dagtid (även riktnummer)	Utdelningsadress	Postnummer och ort