

Nedanstående uppgifter fylls i och undertecknas av den som sköter försäkringen på företaget/förbundet.

Uppgifter om den avlidne

| | | |
|--|--|--|
| Arbetsgivare | | Kundnummer/Gruppvavtalsnummer |
| Den avlidnes namn (efternamn och fullständigt förnamn) | | Personnummer |
| Dödsorsak | Dödsfall i Sverige <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Datum för dödsfallet |
| Undertecknad arbetsgivare intygar att den avlidne vid dödsfallet omfattades av företagets tjänstegrupplivförsäkring såsom <input type="checkbox"/> anställd vid företaget <input type="checkbox"/> make till en anställd vid företaget (För information om ersättning från makeförsäkring, se försäkringsvillkoren) | | |
| Den anställdes anställningstid Fr o m (år, månad, dag) T o m (år, månad, dag) | | |
| Den anställdes ordinarie arbetstid <input type="checkbox"/> heltidstjänst <input type="checkbox"/> deltidstjänst med ordinarie arbetstid av | Timmar per helgfri vecka | |
| Den anställda hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbetet sedan (besvaras om det är den anställda som har avlidit) | Datum (år, månad, dag) | På grund av |
| Antal betalande TGL-försäkrade | Hela avtalet ska upphöra fr o m | Ange bankgironummer för eventuell återbetalning av premier |

I egenskap av arbetsgivare bekräftar jag att ovanstående uppgifter är riktiga

| | | |
|----------------------------|------------------------------------|--|
| Ort och datum | Företagets namn | |
| E-postadress | Telefonnummer dagtid (även riktnr) | |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort | |
| Arbetsgivarens underskrift | Namnförtydligande | |

Försäkraren fylls i av anhörig eller annan som väl känner till släktförhållanden.

Uppgifter om släktförhållanden

| | | |
|---|--------------|---------------------------|
| Den medsända släktutredningen avseende den avlidne omfattar såvitt jag vet samtliga arvsberättigade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, dessutom finns nedanstående angivna arvingar | | |
| Namn | Personnummer | Släktskap med den avlidne |
| Namn | Personnummer | Släktskap med den avlidne |
| Namn | Personnummer | Släktskap med den avlidne |
| Namn | Personnummer | Släktskap med den avlidne |
| Namn | Personnummer | Släktskap med den avlidne |

Måste besvaras om den avlidne var ogift

| | | |
|---|--------------|---------|
| Sammanbode den avlidne vid tidpunkten för dödsfallet med ogift person under äktenskapsliknande förhållanden? <input type="checkbox"/> Ja, sedan när? Om svaret är ja, komplettera med namn, personnummer och adress nedan <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Namn | Personnummer | |
| Utdelningsadress | Postnr | Postort |

Måste besvaras om den avlidne var gift/partnerregistrerad

| | |
|--|--|
| Hade ansökan gjorts om äktenskapskillnad/upplossning av partnerskapet? <input type="checkbox"/> Ja, betänketid pågick från och med <input type="checkbox"/> Nej | |
|--|--|

Fortsättning på nästa sida

Begäran om utbetalning. Jag vill att utbetalningen ska sättas in på nedanstående konto.

Utbetalning av belopp till omyndig överstigande 1 prisbasbelopp/år ska sättas in på överförmyndarspärret konto. Vid kontoutbetalning till bank utom Sverige skall även IBAN- och BIC-kod anges. Dessa uppgifter hämtas in från respektive bankkontor.

| | | |
|---|----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i (bankens namn) | Clearingnummer | Kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer: | | |
| Förmånstagares underskrift | | Personnummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i (bankens namn) | Clearingnummer | Kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer: | | |
| Förmånstagares underskrift | | Personnummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i (bankens namn) | Clearingnummer | Kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer: | | |
| Förmånstagares underskrift | | Personnummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna insatta på konto i (bankens namn) | Clearingnummer | Kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha pengarna till bankgiro med nummer: | | |
| Förmånstagares underskrift | | Personnummer |

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

| | | |
|-----------------------------|--------|---|
| Ort och datum | | |
| Utdelningsadress | | Postnummer och ort |
| Telefonnummer (även riktnr) | E-post | Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne |
| Namnteckning | | Namnförtydligande |

Arvsberättigade är i tur och ordning:

A Den avlidnes make/maka.

Arvsrätten upphör i regel vid hemskillnad eller betänketid till äktenskapsskillnad.

B Den avlidnes barn.

(Även adoptivbarn och barn utom äktenskap, men inte bortadopterat barn). Om något barn har avlidit träder dess barn i dess ställe.

C Den avlidnes föräldrar.

Om en av föräldrarna avlidit, tillfaller dennes del den avlidnes hel- eller halvsyskon eller avlidet syskons avkomlingar.

D Den avlidnes far- och morföräldrar.

Om någon av dessa har avlidit, tillfaller dennes del den avlidnes barn (farbröder, fastrar, morbröder och mostrar). Kusiner ärver inte.

Observera att om den avlidne var försäkringens ägare och förmånstagare är insatt, fördelas försäkringsbeloppet enligt förmånstagarförordnandet och inte enligt arvsordningen. De uppgifter som efterfrågas på omstående sida behövs för att Länsförsäkringar ska kunna göra korrekt utbetalning enligt förordnandet.

Denna blankett och registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och släktutredning" skickas till:

Länsförsäkringar AB

Skador Grupp- och Kollektiv

FE 1650

839 82 Östersund

Behandling av personuppgifter

Detta är en kort beskrivning av hur vi behandlar personuppgifter. Fullständig information om hur vi på Länsförsäkringar behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress info.halsa@lansforsakringar.se

De personuppgifter som vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna fullgöra försäkringsavtal. De kan också användas till statistik, för att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk och för att förebygga skador.

I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen men de kan i vissa fall lämnas till företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med inom och utanför EU och EES-området, exempelvis återförsäkringsgivare. Personuppgifter kan också lämnas ut till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag.

Du kan alltid få information om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du kan också vända dig till oss för att begära rättelse av en felaktig uppgift eller för att begära radering eller begränsning eller invända mot en behandling, i vilket fall din begäran eller invändning kommer att prövas av oss.

Personuppgiftsansvarig är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) för livförsäkring och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) för övriga försäkringar. Allmänna uppgifter om dig såsom namn och kontaktuppgifter behandlas också i Länsförsäkringsgruppens gemensamma kundregister. För behandling av dessa uppgifter är alla bolag inom länsförsäkringsgruppen gemensamt personuppgiftsansvariga.