

# Anmälan om dödsfall

Denna blankett samt Registerutdrag från Skatteverket  
"Dödsfallsintyg och Släktutredning" bifogas och sänds  
till Skandia Kundservice.



För omgående handläggning ska dessa blanketter insändas samtidigt.

**Skandia**  
Kundservice  
405 07 Göteborg  
Tfn: 020-55 55 00

## 1. Den försäkrade

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nr
Den avlidnes namn		Dödsfallsdatum
Den avlidnes personnummer	Gruppmedlemmens personnummer	Observera! Avser anmälan <b>medförsäkrad</b> anges även den anställdes (gruppmedlemmens) personnummer.
Företrädare för dödsboet		Samhörighet med den avlidne
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn

## 2. Dödsorsak

Var god ange dödsorsak	
Berodde dödsfallet på olycksfall på fritiden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om "Ja", beskriv händelseförloppet	

## 3. Släktskap

I egenskap av:* <span style="float: right;">förklarar undertecknad på heder och samvete</span>		
<input type="checkbox"/> att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> att make/registrerad partner och barn saknas. Ange om andra arvsberättigade personer finns:</span>		
Efternamn och förnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Efternamn och förnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer

\*) Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här

Om ytterligare utrymme behövs, var god fortsätt på separat handling.

## 4. Ska besvaras om den avlidne var gift eller hade registrerad partner

Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och/eller dennes make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om den avlidne var registrerad partner, hade ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ansökan om äktenskapsskillnad/ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol, var god ange datum:	

## 5. Ska besvaras om den avlidne var ogift

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållande med ogift person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om "Ja", ange den sammanboendes namn	Fr.o.m. datum	Personnummer

## 6. Underskrift av den som avger försäkran

Datum	Namnteckning	
Telefon (även riktnr)	Namnförtydligande	E-postadress

## 7. Begäran om utbetalning

Utbetalning sker till gällande förmånstagare. Vid flera förmånstagare ange uppgifter på separat handling.

Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här	
I egenskap av:	anhåller undertecknad om utbetalning av försäkringsbelopp.

Önskar förmånstagare att utbetalning ska ske till bank anges bankens namn samt clearing- och kontonummer.

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	----------------	-------------

Omyndig förmånstagares belopp ska (om beloppet överstiger 2 basbelopp) insättas på överförmyndarspärret bankkonto. Uppge kontonummer för den omyndige.

Är kontot överförmyndarspärret?  Ja  Nej

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	----------------	-------------

Om förmyndaren är annan än efterlevande make ange förmyndarens namn och adress.

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	

## 8. Underskrift av den som begär utbetalning

Datum	Namn-teckning	Namn-förtydligande
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn
Telefon dagtid (även riktnr)	E-postadress	

## 9. Grupp-företrädarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående uppgifter lämnas av företrädaren för gruppen.

Grupp-försäkringens omfattning vid döds-fallet. Fyll ej i skuggade fält.	Anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Premie betald t.o.m.
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	
Liv – grundbelopp					
– tilläggsbelopp					
Sjukkapital – grundbelopp					
– tilläggsbelopp					
Omställningskapital – grundbelopp					
– tilläggsbelopp					
Sjuk – grundbelopp			Karens		
– höjningsbelopp			Karens		
Olycksfall – heltid					
– fritid					
Barnförsäkring					
Barnsjuk					
Barnolycksfall					
Familjeskydd					

## 10. Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks och är en bekräftelse på försäkringstillhörighet

Datum	Grupp-företrädarens underskrift	Namn-förtydligande
-------	---------------------------------	--------------------