

Dödsfallsanmälan

Livförsäkring 2012

Akademiker **Försäkring**

Anmälan avser

Gruppmedlem Seniormedlem Medförsäkrad

			Försäkrings-/Kundnummer
Den avlidnes namn (efternamn och förnamn)			Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort	
Födelseort (församling)	Län/stad	Dödsfallsdatum	
Ange dödsorsak			
Skedde dödsfallet i samband med olyckshändelse? Ja eller nej?			
Om ja, beskriv kortfattat olycksfallet:			

Försäkran (avges av anhörig eller annan som känner den avlidnes släktskapsförhållanden)

I egenskap av _____ förklarar undertecknad på heder och samvete (släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här)		
1. att bifogat dödsfallsintyg med släktutredning från skattemyndigheten såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade.		
2. att ytterligare följande arvingar, såvitt jag vet finns, nämligen.		
Efternamn och fullständiga förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Adress		
Efternamn och fullständiga förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Adress		
Efternamn och fullständiga förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Adress		
3. att i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller betänketid för äktenskapsskillnad <input type="checkbox"/> Pågick <input type="checkbox"/> Pågick inte		
4. att den avlidne var sammanboende under äktenskapsliknande förhållanden med;		
Efternamn och fullständiga förnamn	Personnummer	

Underskrift av den som avger försäkran

Datum	Utdelningsadress	Namnteckning
Postnummer	Ort	Namnförtydligande

Dödsfallsanmälan livförsäkring forts.**Begäran om utbetalning till följande förmånstagare**

Förmånstagare	Personnummer
Adress	
Bankens namn och adress	Kontonummer/postgironummer
Förmånstagare	Personnummer
Adress	
Bankens namn och adress	Kontonummer/postgironummer
Förmånstagare	Personnummer
Adress	
Bankens namn och adress	Kontonummer/postgironummer
Förmånstagare	Personnummer
Adress	
Bankens namn och adress	Kontonummer/postgironummer

Omyndig förmånstagares försäkringsbelopp som uppgår till 2 basbelopp skall enligt lag insättas på överförmyndarspärtrat bankkonto

Till anmälan skall bifogas en kopia av "Dödsfallsintyg och släktutredning" från lokala skattemyndigheten.

Övriga uppgifter

Ansökan skickas till Akademikerförsäkring, Box 30120, 104 25 Stockholm

Försäkringsgivare: Movestic Livförsäkring AB • Org. nr 516401-6718 • Box 7853 • 103 99 Stockholm