

Anmälan om dödsfall

Gruppförsäkring

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm inte underskrift.** Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

Denna blankett samt registerutdrag från Skatteverket, "Dödsfallsintyg och Släktutredning", bifogas och skickas till Skandia.

Gå in på www.skandia.se/personuppgifter och läs om hur vi behandlar era personuppgifter.

skandia:

Blanketten skickas till
Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Telefon: 0771-55 55 00

1. Försäkringstagare

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nr
Den avlidnes namn		Dödsfallsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Den avlidnes personnummer	Gruppmedlemmens personnummer	Observera! Avser anmälan medförsäkrad 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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", beskriv händelseförloppet

3. Släktskap

Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här		
I egenskap av:		förklarar jag på heder och samvete
<input type="checkbox"/> att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> att så vitt jag vet finns ytterligare arvingar, enligt nedan: <input type="checkbox"/> att make/registrerad partner och barn saknas. Ange om andra arvsberättigade personer finns:		
Efternamn och förnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Efternamn och förnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer

4. 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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om den avlidne var registrerad partner, hade ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ansökan om äktenskapsskillnad/ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol, ange datum (ÅÅÅÅ-MM-DD):



PG-6695:10

PG-6695:10

SID 1 (3)

Signatur

5. Besvaras om den avlidne var ogift

Var den avlidne sambo enligt sambolagen? (Med sambo avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har gemensamt hushåll.)

Nej Ja

Om "Ja", ange den sammanboendes namn

Fr.o.m. datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer

6. Uppgifter för utbetalning

Utbetalning sker till gällande förmanstagare.

Omyndig förmanstagares belopp ska (om beloppet överstiger 1 prisbasbelopp) insättas på överförmyndarspärret bankkonto.

Personnummer	Namn	Clearingnummer	Kontonummer

7. Övriga upplysningar

Ange till exempel om barn väntas, vårdnadshavare/förmyndare för omyndiga, god man för vuxen, förmanstagare vill avstå försäkringsbelopp eller om myndig förmanstagare satts i konkurs.

8. Uppgiftslämnare

Om uppgiftslämnaren inte är släkt med den avlidne behövs fullmakt.

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
Jag samtycker till att Livförsäkringsbolaget Skandia ömsesidigt/Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) för bedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de upplysningar som Skandia anser nödvändiga.
Samtycket omfattar **inte** uppgifter om den avlidnes hälsotillstånd.

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning
2 0 - -	
Ort	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mejladress

