

Blanketten ska sändas till: **Arbetsgivaren**, som sedan skickar denna och övriga handlingar till KPA Livförsäkring AB, TGL-enheten, 106 85 Stockholm för försäkringsutredning.

Uppgiftslämnaren ska ta del av dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket innan uppgifterna lämnas.

Den avlidnes personnummer											

Den avlidne

Den avlidnes förnamn och efternamn

Arbetsgivarens namn

Har den avlidne, samtidigt eller efter anställningen, annat arbete/ysselsättning, t ex arbetsmarknadsåtgärder?

 Ja Nej

Om "Ja", ange arbetsgivarens namn och telefonnr

Finns anledning anta att döden orsakats genom brott som påverkar förmånstagarens rätt till försäkringsersättning?

 Ja Nej

Om "Ja", ange av vem

Pågick mål om äktenskapsskillnad/upplösning av registrerat partnerskap vid dödsfallet?

 Ja Nej

Finns sambo?

Sammanlevde den avlidne vid dödsfallet med ogift person i ett stadigvarande parförhållande sedan minst sex månader?

 Ja Nej

Om "Ja", finns gemensamma barn?

 Ja Nej

Sambos namn

Personnummer

Utdelningsadress

Telefonnr, även riktnr

Postnr och ortnamn

Förmånstagare och utbetalning

Är uppgifterna i släktutredningen riktiga och har alla arvsberättigade förmånstagare tagits med?

 Ja Nej

Om "Nej", ange nedan vad som är felaktigt i släktutredningen. Det kan vara ytterligare arvsberättigade eller bortadopterade barn.

Förnamn och efternamn

Personnummer

Utdelningsadress, postnr och ortnamn

Släktskap

Fortsättning på nästa sida.

Den avlidnes personnummer

Uppgifter för utbetalning

Förmånstagarnas namn, adress, kontonr och bankens clearingnr.
Omyndigs belopp måste sättas in på konto med överförmyndarspär.
 Kopia av avtalet med banken gällande barnet/barnens konto ska bifogas.

För utbetalning av begravningshjälpen, ange dödsboets
 (**den avlidnes**) kontonr och bankens clearingnr eller
 personkontonr.

Bankens clearingnr och kontonr/personkontonr

Namn och adress dit du vill att bouppteckningsintyget ska skickas

Övriga upplysningar

(ange t ex om barn väntas, vårdnadshavare/förmyndare för omyndig, god man för vuxen,
 förmånstagare vill avstå försäkringsbelopp eller om myndig förmånstagare satts i konkurs).

Uppgiftslämnare

Uppgiftslämnarens namn

Telefon dagtid, även riktnr

Släktskap med den avlidne (vid annan än anhörig behövs fullmakt från samtliga dödsbodelägare)

Mobilnr

Utdelningsadress

Postnr och ortnamn

E-postadress

Härmed intygar jag på heder och samvete att – så vitt för mig är känt – de lämnade
 uppgifterna är fullständiga och med sanningen överensstämmande.

Jag medger att försäkringsbolag och arbetsförmedling får lämna KPA Livförsäkring AB
 de uppgifter som behövs för att pröva om försäkringsbelopp ska betalas ut.

Datum

Uppgiftslämnarens underskrift