

|                           |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| Den avlidnes personnummer |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                           |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |

Denna blankett ska fyllas i av nära anhöriga eller av annan person som har god kännedom om den avlidens förhållanden. Blanketten ska sändas till arbetsgivaren som sedan skickar denna och övriga handlingar till KPA Pension, 106 85 Stockholm för försäkringsutredning.

**Den avlidne**

|   |   |
|---|---|
| Den avlidnes förnamn och efternamn  |   |
| Arbetsgivarens namn   |   |
| Har den avlidne, samtidigt eller efter anställningen, annat arbete/sysselsättning, t ex arbetsmarknadsåtgärder?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   | Om "Ja", ange arbetsgivarens namn och telefonnummer<br>.....<br>..... |
| Finns anledning anta att döden orsakats genom brott som påverkar förmånstagarens rätt till försäkringsersättning?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", ange av vem  |
| Pågick mål om äktenskapsskillnad/upplösning av registrerat partnerskap vid dödsfallet?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                            |   |

**Finns sambo?**

|   |   |
|---|---|
| Sammanlevde den avlidne vid dödsfallet med ogift person i ett stadigvarande parförhållande sedan minst sex månader?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Ja", finns gemensamma barn?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Sambos namn   | Personnummer<br>  |
| Utdelningsadress  | Telefonnr, även riktnr<br>  |
| Postnr och ortnamn  |   |

**Förmånstagare och utbetalning**

|  |  |
|--|--|
| Är uppgifterna i släktutredningen riktiga och har alla arvsberättigade förmånstagare tagits med?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om "Nej", ange nedan vad som är felaktigt i släktutredningen.<br>Det kan vara ytterligare arvsberättigade eller bortadopterade barn. |
| Förnamn och efternamn  | Personnummer<br>   |
| 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 överförmyndarspärr.  
 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.<br>OBS! Avsluta ej kontot innan detta har skett. | 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 Pension de uppgifter som behövs för att pröva om försäkringsbelopp ska betalas ut.

Datum

Uppgiftslämnarens underskrift