

Dödsfallsanmälan

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

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange arbetsgivarens namn och telefonnr
Finns anledning anta att döden orsakats genom brott som påverkar förmånstagarens rätt till försäkringsersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange av vem
Pågick mål om äktenskapsskillnad/upplösning av registrerat partnerskap vid dödsfallet? <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", finns gemensamma barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

Uppgifter för utbetalning

Den avlidnes personnummer

| | | | | | | | | | | | | |

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
OBS! Avsluta ej kontot innan detta har skett.

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