

Tänk på att Dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket ska bifogas denna anmälan. Det är viktigt att anmälan är fullständigt ifylld för att handläggning och utbetalning inte ska försenas. Sidan 1 fylls i av arbetsgivaren. Sidan 2 fylls i av anhörig till den avlidne. Om utrymmet inte räcker till, skriv på separat papper och ange den avlidnes personnummer, namn och vilken rubrik kompletteringen gäller för.

Fylls alltid i, skriv tydligt.											
Personnr*/Samordningsnr											

*ÅÅÅÅMMDDNNNN (12 siffror)

Fylls i tydligt av Folksam											
Ärende ID:											



Uppgifter om arbetsgivaren

Arbetsgivarens namn		Organisationsnummer (12 siffror)	
Arbetsgivarens utdelningsadress		Postnummer och ort	
Kontaktperson hos arbetsgivaren		Telefon, även riktnummer	
		Arbetsgivarnummer 01-	

Uppgifter om den försäkrade

Den avlidnes namn		Personnummer Fylls i överst på blanketten.	
Dödsorsak		Datum för dödsfallet	
Den avlidne var		För information om ersättning från makeförsäkringen, se försäkringsvillkoren.	
<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Make/registrerad partner till en anställd hos arbetsgivaren			
Den anställdes anställningstid från och med år, månad, dag		Till och med år, månad, dag	
Arbetstid		Om deltid ange ordinarie arbetstid i timmar per helgfri vecka	
<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid		Om deltid på grund av korttidsarbete, ange även ordinarie arbetstid i timmar per helgfri vecka före korttidsarbete	
Kollektivavtalsområde, ange arbetsgivarpart och arbetstagarpart			
Den anställda hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbetet sedan, datum			
Orsak till frånvaro		Om tjänstledig, ange orsak	
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Tjänstledighet			

Underskrift av arbetsgivaren

Undertecknad arbetsgivare intygar att den avlidne vid dödsfallet omfattades av arbetsgivarens tjänste- eller avtalsgrupplivförsäkring.

Ort och datum		Telefon, även riktnummer	
Underskrift		Namnförtydligande	

Nästa sida ska fyllas i av anhörig till den avlidne.

Folksams noteringar

--

Uppgifter att besvaras av anhörig eller annan som väl känner till den avlidnes släktförhållanden. Se anvisningar på sidan 1.

Besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap skett vid tiden för dödsfallet?	Om ja, datum för ansökan
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Besvaras om den avlidne var ogift

Var den avlidne sambo? Med sambo avses ogift person som den försäkrade vid dödsfallet sammanbodde med på ett sådant sätt som avses i sambolagen (2003:376).	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Sambo ska fylla i blanketten "Sammanboendeutredning, F1646" och bifogas denna anmälan.	
Om ja, ange sambos namn	Släktskap med den avlidne
	Sambos personnummer (10 siffror)

Uppgifter i släktutredningen

Är uppgifterna i Skatteverkets släktutredning och ev. ytterligare bifogade kompletteringar riktiga och har alla arvsberättigade släktingar tagits med?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej: för att kunna fastställa vilka som är förmånstagare behöver vi få en kopia av första sidan av bouppteckningen eller de sidor som anger samtliga arvsberättigade.

Makeförsäkring Fylls i om den avlidne var make eller registrerad partner till en anställd hos arbetsgivaren, se sidan 1

Följande barn finns, som inte är barn till den anställde, men som vid tidpunkten för dödsfallet stod under dennes eller makes/partners vårdnad. Om utrymmet inte räcker till, skriv på separat papper.

Namn	Personnummer (10 siffror)	Släktskap med den avlidne
------	---------------------------	---------------------------

Mottagare av bouppteckningsintyg

Ange namn och adress dit du vill att bouppteckningsintyget ska skickas.	
<input type="checkbox"/> Undertecknad, ange namn och adress nederst på denna sida	<input type="checkbox"/> Annan företrädare för dödsboet, ange namn och adress nedan
Namn, adress, postnummer och ort	

Försäkrans

Har den anställde haft annan anställning eller sysselsättning samtidigt med eller efter, den i anställningsintyget angivna anställningen eller deltagit i arbetsmarknadspolitiska åtgärder?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i uppgifter nedan	
Arbetsgivarens namn	Telefon, även riktnummer
Kommer anmälan om dödsfall för fler livförsäkringar skickas till något annat försäkringsbolag?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilket/vilka:	
Tillhörde den avlidne något fackförbund?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilket:	
Övriga upplysningar: ange t.ex. om barn väntas, god man för vuxen, förmyndare för omyndiga eller önskemål om avstående.	

Underskrift av den som begär utbetalning

Jag intygar på heder och samvete att uppgifterna jag lämnar är riktiga.

Uppgiftslämnarens släktskap till den avlidne	Telefon, även riktnummer
Adress	Postnummer och ort
Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Blanketten skickas till:

Folksam
LIV1070
Box 90346
120 25 Stockholm