

Fylls i tydligt av Folksam										
Ärende ID:										
							-			

Blanketten ska vara fullständigt ifyllt och begärda dokument ska bifogas när den skickas till Folksam. Om den måste kompletteras kan handläggning och utbetalning försenas.

**Dödsfallsintyg med släktutredning ska bifogas. Intyg utfärdas av lokala Skatteverket.**



### Att tänka på innan du fyller i blanketten

Enligt försäkringsvillkoren sker ingen utbetalning från kompletterings-TGL om annan tjänstegruppiv (TGL) med väsentligen samma försäkringsvillkor gäller för den försäkrade.

Anmälan ska i första hand alltid ske till det försäkringsbolag som senaste arbetsgivaren tecknat TGL hos.

## Ifylls i fullständigt av fackförbundet

### Personuppgifter

Den avlidne medlemmens efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (12 siffror)			
Försäkringsnummer	Fackförbund och avdelning				

### Senaste arbetsgivaren

Arbetsgivarens (Företagets) namn	Anställningstid, från och med	till och med
Utdelningsadress		
Postnummer och ortnamn		

### Dödsfallsanmälan till annat bolag

Är dödsfallsanmälan gällande TGL gjord till annat försäkringsbolag?		
<input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja", bifoga beslut)	<input type="checkbox"/> Nej, ange anledning	
Vilket bolag?		Annat bolag:
<input type="checkbox"/> AFA	<input type="checkbox"/> ALECTA	<input type="checkbox"/> BLIWA
<input type="checkbox"/> KPA	<input type="checkbox"/> SPV	
Är dödsfallsanmälan gjord på make/registrerad partner/sambos TGL?		
<input type="checkbox"/> Ja (Om "Ja", bifoga beslut)	<input type="checkbox"/> Nej, ange anledning	
Vilket bolag?		Annat bolag:
<input type="checkbox"/> AFA	<input type="checkbox"/> ALECTA	<input type="checkbox"/> BLIWA
<input type="checkbox"/> SPV	<input type="checkbox"/> KPA	

### Bifogade handlingar

Dokumentation över den tid som förflutit sedan medlemmen senast hade efterskydd i TGL, ska bifogas anmälan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbetalad arbetslöshetsersättning</li> <li>• Sjukpenning/Sjukersättning</li> <li>• Arbetsmarknadsåtgärder</li> <li>• Genomförd utbildning</li> </ul>
---	---

### Uppgifter av gruppföreståndare/fackförbund

Härmed intygas att den avlidne tillhör kompletterings-TGL med angivet försäkringsnummer	Underskrift av gruppföreståndare eller fackförbund
<b>GF</b>	
Plats för stämpel (organisation eller företag)	Namnförtydligande
	Utdelningsadress
	Postnummer och ortnamn
	Telefon dagtid, även riktnummer
	E-post

**Vänd!**

Blanketten skickas till:  
Folksam, LIV1070, Box 90346, 120 25 Stockholm

## Ifylls i fullständigt av efterlevande

### Uppgifter om den avlidne

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (12 siffror) 
Försäkringsnummer	Avled (år, mån, dag)

### Måste besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ni ansökt om äktenskapskillnad/upplösning av partnerskap vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum för ansökan (år, mån, dag)
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer

### Måste besvaras om den avlidne *INTE* var gift eller registrerad partner

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ska sambo fylla i Folksam blankett "Sammanboendeutredning" (F1646) och bifoga med denna anmälan.
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (12 siffror) 

### Uppgifter i släktutredningen

Är uppgifterna i Skatteverkets släktutredning och eventuellt ytterligare bifogad komplettering riktiga och har alla arvsberättigade 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, till exempel barn utom eller i tidigare äktenskap, bortadopterade barn eller syskon till den avlidne.		
Efternamn och fullständigt förnamn	Personnummer år   mån   dag   nr	Släktskap med den avlidne
-----	-----	-----
-----	-----	-----

### Bouppteckningsintyg

Ange namn och adress dit du vill att Folksam ska skicka bouppteckningsintyget	
<input type="checkbox"/> Undertecknad	<input type="checkbox"/> Annan (ange namn och adress nedan)
Namn	
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn

### Övriga upplysningar

-----
-------

### Underskrift

Uppgiftslämnarens relation med den avlidne	Utdelningsadress
Ort och datum	Postnummer och ortnamn
Underskrift	Telefon dagtid, även riktnummer
Namnförtydligande	Mobiltelefonnummer