

Information om Anmälan dödsfall TGL M

Blanketten används när den avlidne vid dödsfallet var TGL-försäkrad hos AFA Försäkring genom sin make, maka, registrerade partner eller sambo. Ersättning från makeförsäkringen kan bara lämnas om den avlidne inte omfattas av eget TGL-skydd.

Blanketten används även för TGL vid tjänstepension, Fortsättningsförsäkring TGL och Företagares egen TGL-försäkring.

Vid dödsfall lämnar makeförsäkringen begravningshjälp till dödsboet och barnbelopp till hemmaboende barn under 17 år.

1-9 i blanketten fylls i av den anställde eller den anställdes ombud.

10-11 fylls i av den arbetsgivare, hos vilken den anställde själv är eller senast var anställd.

Kontakta AFA Försäkrings kundcenter på 0771-88 00 99 om du behöver mer information.

Att tänka på när anmälan fylls i

Det är viktigt att du fyller i anmälan så noggrant som möjligt. Kontrollera att de uppgifter du lämnar är korrekta.

Vi behöver uppgifterna för att kunna utreda rätten till ersättning från försäkringen.

Om utrymmet inte räcker till får du gärna lämna övriga upplysningar på separat papper. Skriv i så fall den avlidnes personnummer på bilagan.

Förklaring till vissa av fälten i anmälan

2 Släktutredning: Här anger du om uppgifterna som finns i dödsfallsintyg, släktutredning och eventuella bilagor är riktiga. Om något är felaktigt lämnar du kompletterande information på separat papper. Det kan exempelvis finnas ytterligare arvsberättigade (t.ex. barn utanför äktenskapet eller från tidigare äktenskap) som inte har tagits upp i utredningen, eller så kan bortadopterade barn felaktigt ha tagits upp. Inga andra släktingar än make/maka/registrerad partner och arvsberättigade barn ska finnas med i släktutredningen.

Barnbelopp kan betalas till samtliga hemmaboende barn under 17 år, som är gemensamma eller är barn till den avlidne eller dig själv. Vi vill därför även ha uppgifter om eventuella hemmaboende barn som är under 17 år och som inte finns med i släktutredningen.

4 Sambo: Ett sammanboende under äktenskapsliknande förhållanden kännetecknas normalt av att ogifta personer har levt tillsammans som makar/partners, och har haft gemensam bostad och gemensamt hushåll.

För att ersättning ska kunna lämnas krävs också att sammanboendet har haft viss varaktighet vid tiden för dödsfallet.

6 Kontonummer för hemmaboende barn under 17 år: Försäkringsbelopp som är högre än ett prisbasbelopp och som ska betalas till en omyndig, måste enligt lag sättas in på ett överförmyndarspärtrat konto. Ett sådant konto öppnas av förmyndare, normalt barnets vårdnadshavare, i valfri bank. Skicka med ett kontobevis för varje barn.

Om förmyndaren är någon annan än vårdnadshavaren, skriv också förmyndarens namn och adress.

7 Dödsboets kontouppgifter: Den avlidnes dödsbo är normalt förmånstagare till den begravningshjälp som ingår i försäkringen. För utbetalning av begravningshjälp ange bank och dödsboets (den avlidnes) kontonummer om sådant finns. Om dödsboet har skulder så kan det behövas öppna ett nytt konto, för att begravningshjälpen inte ska betala skulden eller delar av den.

8 Den försäkrades övriga anställningar: Om du har eller har haft mer än en anställning, så kan det finnas TGL eller liknande försäkring även i annan anställning. Mer än ett försäkringsbelopp kan inte betalas. Normalt lämnas ersättning från den försäkring som finns i den senaste anställningen.

Skicka med kopior av anställningsintyg från anställningar som du har haft samtidigt med eller efter den anställning som anges i anställningsintyget.

Blanketten ska endast användas vid anställds makes/makas/registrerad partners eller sambos dödsfall.
1-9 fylls i av den anställda eller den anställdes ombud.

Anvisningar om hur du fyller i blanketten finns på www.afaforsakring.se

1 Personuppgifter för den avlidne

Den avlidnes förnamn och efternamn	
Personnummer (ååmmdd-nnnn)	Dödsdatum (åååå-mm-dd)

2 Släktutredning (Dödsfallsintyg och släktutredning begärs från Skatteverket och ska alltid skickas med anmälan)

Är uppgifterna i dödsfallsintyg, släktutredning och eventuella bilagor riktiga?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Finns hemmaboende barn under 17 år som inte ingår i släktutredningen? <i>Om "Ja", ange namn och personnummer nedan</i>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förnamn och efternamn	Personnummer	

3 Den avlidnes anställning

Har den avlidne haft egen anställning eller deltagit i arbetsmarknadspolitiskt program?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", ange tidsperiod och arbetsgivarens namn, eller plats för arbetsmarknadspolitiskt program		
Omfattades den avlidne av egen tjänstegrupplivförsäkring?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", ange försäkringsbolag		

4 Sambo (Besvaras om du inte var make/maka eller registrerad partner till den avlidne)

Sammanbodde du under äktenskapsliknande förhållanden med den avlidne vid tiden för dödsfallet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

5 Ansvarig för bouppteckning eller dödsboanmälan

Vem gör bouppteckning eller dödsboanmälan?	Namn, adress och telefonnummer
--------------------------------------------	--------------------------------

6 Kontonummer för hemmaboende barn under 17 år (Ange nedan till vilket konto betalning kan göras för varje barn)

Namn	Clearingnummer	Kontonummer

7 Dödsboets kontouppgifter

Begravningshjälp till dödsboet utbetalas normalt till bankkonto. Ange bank och dödsboets, (den avlidnes), kontonummer om sådant finns. Om uppgift inte lämnas görs utbetalning via Swedbank på utbetalningsavi.		
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer

Fortsättning på nästa sida

8 Den försäkrades övriga anställningar

Har du själv haft annan anställning, samtidigt med eller efter den anställning som anges i anställningsintyget?

Nej

Ja

Information om AFA Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/pul

9 Fullmakt/underskrift

Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga och att uppgifterna om konton inhämtats från angivna förmånstagare

Jag medger att AFA Livförsäkringsaktiebolag har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar om mig från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund, Försäkringskassan samt andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att pröva om försäkringsbelopp kan betalas ut. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.

Datum (åååå-mm-dd) för underskrift

Namnteckning

Namnförtydligande

2 0

Samhörighet (släktskap) med den avlidne

Telefon dagtid (även riktnr)

Mobiltelefon

Make/maka (registrerad partner)

Sambo

Annan

Utdelningsadress

Postnummer

Ortnamn

10 Anställningsuppgifter (Fylls i fullständigt av den arbetsgivare, hos vilken den anställda själv är eller senast var anställd)

Den anställdes förnamn och efternamn

Personnummer (ååmmdd-nnnn)

Yrke/sysselsättning
(skriv med STORA bokstäver)

Datum (åååå-mm-dd)

Datum (åååå-mm-dd)

Anställningstid fr.o.m.

Anställningstid t.o.m.

Omfattas av TGL i AFA Livförsäkring
med försäkringsavtalsnummer

Försäkringsavtalsnummer

Omfattas av TGL i annat bolag, ange vilket

Kollektivavtal för
anställningen har gällt mellan

Arbetsgivarorganisation (ex: BA)

Fackförbund (ex: Transport)

Avtalsområde (ex: Åkeriavtalet)

Fastställd arbetstid (timmar per vecka)

Om arbetstiden inte är fastställd, ange faktisk genomsnittsarbetstid
under de senaste 12 arbetsveckorna (timmar per vecka)

Var den anställda frånvarande från arbetet vid tiden för
makens/makans (registrerade partners) eller sambons dödsfall?

Nej

Ja, sedan

Datum

Orsak till frånvaro därefter

Ange vilken

Sjukdom

Semester

Tjänstledighet

Annan orsak

Är den anställda hemarbetstagare?

Nej

Ja

Är den anställda ägare/delägare eller make/maka (registrerad partner)
till ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse?

Nej

Ja

11 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Företagets fullständiga namn

Organisationsnummer

Adress

Postnummer

Ortnamn

Kontaktperson

Telefon (även riktnr)

Datum (åååå-mm-dd)

Namnteckning