

**A Försäkringen**

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn vid gruppförsäkring):	Avtalsnummer:
---	---------------

**B Den avlidne**

Tilltalsnamn och efternamn:	Personnummer:
Dödsfallsorsak:	Datum för dödsfallet:

**C Efterlevandeförsäkringen**

Ange ditt namn:	Släktskap med den avlidne:	Ditt personnummer:
Bifoga Skatteverkets "Dödsfallsintyg och släktutredning". Är alla arvsberättigade personer upptagna i släktutredningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, följande saknas:		
Var den avlidne gift eller registrerad partner vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med:		
Hade den avlidne eller dennes make/registrerade partner ansökt om skilsmässa/upplösning av partnerskapet vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid följande tingsrätt:		
Var den avlidne sambo med någon vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med (namn, personnummer):	Sambor sedan:	
Var den avlidnes sambo gift eller registrerad partner med någon annan än den avlidne? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, med (namn, personnummer):		
<i>Med min underskrift intygar jag att ovanstående uppgifter är riktiga och fullständiga.</i>		
..... Ort	..... Datum	..... Underskrift

**D Utbetalning**

Ersättningen betalas till försäkringens förmånstagare. Om särskilt förmånstagarförordnande finns betalas ersättningen enligt detta, annars enligt förmånstagarordningen i försäkringsvillkoren. Om en förmånstagare är omyndig måste bankens intyg om överförmyndarspärri bifogas för belopp som överstiger 1 prisbasbelopp.		
Förmånstagares namn:	Personnummer:	
Bankens namn och adress:	Clearingnummer:	Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:	
Bankens namn och adress:	Clearingnummer:	Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:	
Bankens namn och adress:	Clearingnummer:	Kontonummer:
Förmånstagares namn:	Personnummer:	
Bankens namn och adress:	Clearingnummer:	Kontonummer:

**E Dödsboföreträdare**

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Eventuell byrå:		Eventuell befattning:
Utdelningsadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
<p>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga.</p> <p>Med min underskrift medger jag att Sensor får inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som Sensor anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för Sensor medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Sensor räkning samt de återförsäkringsbolag som Sensor anlitar.</p>		
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Ort	Datum	Underskrift

**F Förmånstagares underskrift**

<p>Med min underskrift intygar jag att uppgifterna i denna dödsfallsanmälan är riktiga och fullständiga.</p> <p>Med min underskrift medger jag att får inhämta de uppgifter om den avlidne från Försäkringskassan, annan försäkringsinstans, läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning som Sensor anser behövas för reglering av ersättningsanspråket och bedömning av försäkringens giltighet, inklusive registerutdrag och patientjournaler. Personuppgifter får göras tillgängliga för Sensors medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för Sensors räkning samt de återförsäkringsbolag som Sensor anlitar.</p>		
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Ort	Datum	Underskrift
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Personnummer		Namnförtydligande

**G Försäkringsomfattning (Fylls i av gruppföreträdare om anmälan avser självadministrerad gruppförsäkring)**

Den avlidne var försäkrad som: <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make / partner /sambo (markera vilket)		När anslöts den avlidne till gruppförsäkringen?
Ange gruppmedlemmens namn om den avlidne var medförsäkrad:		Gruppmedlemmens personnummer:
Omfattades den avlidne av olycksfallsförsäkring eller sjuk- och olycksfallsförsäkring vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ja, anslutningsdatum:		
Omfattades den avlidne av grupplivförsäkring vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ja, anslutningsdatum:		(Om livförsäkringsbeloppet beräknas på den avlidnes månadslön, ange denna) Den avlidnes försäkringsbelopp:
Månadspremie för gruppmedlem:	Månadspremie för medförsäkrad:	Fullständig premie är erlagd t.o.m.
Med min underskrift intygar jag att ovanstående uppgifter är riktiga och fullständiga		
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Ort	Datum	Underskrift
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Befattning	Telefonnummer	Namnförtydligande