

ANMÄLAN OM DÖDSFALL

Grupplivförsäkring



Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 5125 102 43 STOCKHOLM
Tfn 08-696 22 80

sida 1 av 2

Framsidan av denna blankett fylls i och undertecknas av den som sköter försäkringen på företaget/förbundet.

Avtalsnummer

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnummer	
	Gruppmedlemmens personnummer	
	Observera! Avser anmälan medförsäkrad anges även den anställdes/gruppmedlemmens personnummer	
Namn på den som sköter dödsboets angelägenheter (kontaktperson)	Personens samhörighet med den avlidne	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Frivillig gruppförsäkring i Bliwa Livförsäkring

Den avlidne var <input type="checkbox"/> gruppmedlem <input type="checkbox"/> medförsäkrad make/registrerad partner <input type="checkbox"/> medförsäkrad sambo	
Gruppmedlemmens namn (anges om den avlidne var medförsäkrad)	
Premie för grupplivförsäkring betald t o m år månad	
Gruppmedlemmen är/var anställd/medlem sedan år månad dag	
De skuggade fältet fylls i av självadministrerade grupper.	Var den avlidne ansluten till gruppolycksfallsförsäkring-fritid (GOFF)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Den avlidne anslöts till gruppförsäkringen år månad	För dem med försäkringsbelopp angivna i kronor eller prisbasbelopp: Livförsäkringsbelopp kr/prisbasbelopp
Om den avlidne var gruppmedlem: Har premie betalats för medförsäkrad beträffande grupplivförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja, t o m år månad <input type="checkbox"/> Nej	Gruppmedlem: _____ Medförsäkrad: _____
	Om livförsäkringsbeloppet är baserat på gruppmedlemmens månadslön ange denna: _____ kr
Månadspremie för grupplivförsäkring: Gruppmedlem kr Medförsäkrad kr	
Den avlidne hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbetet sedan: År månad dag på grund av:	

Jag bekräftar att ovanstående uppgifter om den avlidnes försäkringar är riktiga.

Ort och datum	Telefon (även riktnummer)
Arbetsgivare / förbund / mäklare	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Gruppföreträdarens / arbetsgivarens / mäklarens underskrift	Namnförtydligande

För att Bliwa Livförsäkring ska kunna handlägga ärendet ska denna blankett samt registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och släktutredning" insändas samtidigt. Var god vänd! ➔

FÖRSÄKRAN – ska fyllas i av någon anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden.

Uppgifterna behövs för att Bliwa Livförsäkring ska kunna göra en korrekt utbetalning. Observera att barn utom äktenskap har arvsrätt såväl efter fadern som efter faderns släkt.

I egenskap av försäkrar jag på heder och samvete att (ange släktskap/samhörighet med den avlidne t ex "make" eller "förmänstagare")		
<input type="checkbox"/> att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns:		
<input type="checkbox"/> att make/registrerad partner och barn saknas. Var god ange om andra arvsberättigade personer finns:		
Efternamn och förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne

Besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap lämnats till domstol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange datum:		

Besvaras om den avlidne var ogift eller sambo

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållande med ogift person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange sambons namn: personnummer: Sambo sedan		

Besvaras alltid

Berodde dödsfallet på ett olycksfall som inträffade på fritiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Dödsorsak (om denna är känd)
Var den avlidne vid dödsfallet frånvarande från arbetet på grund av:			
<input type="checkbox"/> Sjukpenning sedan			
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad sjukersättning sedan.....			
<input type="checkbox"/> Sjukersättning sedan.....			

Begäran om utbetalning

I egenskap av anholder jag om utbetalning av försäkringsbelopp. (släktskap/samhörighet med den avlidne t ex "make" eller "förmånstagare")			
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Observera att en omyndig förmånstagares belopp ska sättas in på överförmyndarspärtrat bankkonto om beloppet överstiger 1 prisbasbelopp. Uppge den omyndiges clearing och kontonummer. Bifoga kopia av kontobevis med uppgift om överförmyndarspär.			
Vid omyndig kontohavare ange förmyndarens namn och adress:			
Namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	

Behandling av personuppgifter Bliwa Livförsäkrings verksamhet är gruppförsäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen, Personuppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – så som premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Bliwa Livförsäkrings etiska regler. Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration, information och viss marknadsföring. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta vår kundtjänst. Vid beställning av utdrag ur Bliwa Livförsäkrings register skriv till: Registerutdrag, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm	Skaderegistrering För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningregister (GSR). Registret innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag. Personuppgiftsansvarig för GSR är GSR AB Box 24171 104 51 STOCKHOLM
---	--

Underskrift av den som avger försäkringen samt begär utbetalning

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	