

ANMÄLAN OM DÖDSFALL

Familjeskydd



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

Uppgifter om den avlidne

Namn	Personnummer	Datum för dödsfallet
Dödsorsak	Försäkringsområde Familjeskydd	

Företrädare för dödsboet

Namn	Samhörighet med den avlidne	
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn

Försäkran (Avges av anhörig eller annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden)

I egenskap av förklarar undertecknad på heder och samvete att; (släktskap eller annan samhörighet med den avlidne)		
<input type="checkbox"/> bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> make/registrerad partner och barn saknas		
<input type="checkbox"/> såvitt jag vet finns ytterligare arvingar enligt nedan (om ytterligare utrymme behövs, var god fortsätt under "Övriga upplysningar" på nästa sida)		
Efternamn och förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne

Uppgifterna behövs för att Bliwa Livförsäkring skall kunna göra en korrekt utbetalning enligt förmånstagarförordnandet. Observera att barn utom äktenskap har arvsrätt efter såväl fadern som faderns släkt. För att Bliwa Livförsäkring ska kunna handlägga ärendet ska denna blankett samt registerutdrag från Skatteförvaltningen "Dödsfallsintyg och släktutredning" insändas samtidigt.

Besvaras om den avlidne var gift/registrerad partner

Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och / eller dennes make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ansökan om äktenskapsskillnad ingivits till domstol, var god ange datum

Besvaras om den avlidne var ogift

Sammanbode den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange den sammanboendes namn	Den sammanboendes personnummer
Sammanboende fr o m datum	

Underskrift av företrädaren för dödsboet

Ort och datum	Telefonnummer dagtid (även riktnummer)
Namn-teckning	Namn-förtydligande

