

Anmälan om dödsfall Livförsäkring - Dödsfallskapital

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

Avtalsnummer
920

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnummer	
Namn på den som sköter dödsboets angelägenheter (kontaktperson)	Personens samhörighet med den avlidne	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Livförsäkring i Bliwa Livförsäkring

Premie för livförsäkring betald t o m	år		månad
Den försäkrade är anställd sedan	år	månad	dag
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	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Arbetsgivarens underskrift	Namnförtydligande

Nedanstående uppgifter fylls i av anhörig

Uppgifter om den avlidnes civilstånd

Gift/Registrerad partner <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap lämnats in till tingsrätten vid tidpunkten för dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange datum för ansökan;	
Sambo (under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	Sambos namn	Personnummer

Orsak till dödsfallet

Vad berodde dödsfallet på? <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Diagnos/Dödsorsak (om den är känd)
---	------------------------------------

Uppgifter om den avlidne

Hade den avlidne någon ersättning från Försäkringskassan vid tidpunkten före dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--

Viktigt!

För att bli ska kunna handlägga ärendet behöver vi:

- Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och släktutredning"
- Kopia av kontobevis/utdrag från internetbank/intyg från banken där clearing- samt kontonummer framgår för varje förmånstagare. Om förmånstagaren är omyndig, var god bifoga en kopia på det överförmyndarspärade bankkonto som du får från banken.

Begäran om utbetalning

Här kan du ange förmånstagarna

Kontohavarens namn	Personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Personnummer	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Personnummer	Clearingnummer	Kontonummer

Glöm inte underskriften på baksidan av denna blankett

Övriga upplysningar

Behandling av personuppgifter

Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På www.bliwa.se/personuppgifter kan du läsa mer om hur Bliwa behandlar dina personuppgifter. Där kan du även läsa om vilka rättigheter du har gentemot oss. Om du hellre vill ha informationen hemskickad till dig ber vi dig kontakta Bliwa.

Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (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

Intygade av den som avger försäkran och begär utbetalning

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att ersättning som betalats ut till mig från försäkringen kan krävas tillbaka om de lämnade uppgifterna ovan är oriktiga och det medfört att utbetalning har skett till fel person.

Ort och datum	Namn-teckning
Telefon (även riktnummer)	Namn-förtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	