

Anmälan om dödsfall

Tjänstegrupplivförsäkring

Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens namn
Organisationsnummer

Blanketten postas till:
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
FE 50309
832 82 Frösön

Första sidan fylls i av arbetsgivaren

Uppgifter om tjänstemannen

Namn	Personnummer
Datum för dödsfallet	

Uppgifter om anställningen

Undertecknad arbetsgivare intygar att tjänstemannen vid dödsfallet omfattades av företagets tjänstegrupplivförsäkring som: <input type="checkbox"/> anställd tjänsteman i företaget	Tjänstemannens anställningstid Fr o m år månad dag To m år månad dag
Tjänstemannens ordinarie arbetstid <input type="checkbox"/> heltidstjänst <input type="checkbox"/> deltidstjänst med ordinarie arbetstid av timmar per helgfri vecka	
Tjänstemannen hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbete sedan år månad dag	
Anledning till frånvaro	

Makeförsäkring

Ifylls om den anställda tjänstemannens make/sambo avlidit och saknar egen TGL samt att barn under 17 år fanns vid dödsfallet

Den avlidnes namn	Personnummer
Datum för dödsfallet	

Underskrift

Ifylls av den som sköter försäkringen på företaget och samtidigt bekräftar att ovanstående uppgifter är riktiga

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

Nedanstående uppgifter fylls i av anhörig

Övriga uppgifter om den avlidne

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 åå-mm-dd:	
Sambo (under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, from (åå-mm-dd):	Sambos namn	Personnummer

Annan tjänstegrupplivförsäkring

Om den avlidne haft flera anställningar kan denne ha varit försäkrad i flera olika tjänstegrupplivförsäkringar

Har anmälan om dödsfall avseende tjänstegrupplivförsäkring skickats, eller kommer skickas till annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange vilket försäkringsbolag
---	-------------------------------------

Viktigt!

För att Bliwa ska kunna handlägga ärendet behöver vi:

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

Barn tillägg

Ett så kallat barn tillägg utbetalas alltid till barn under 20 år. Ange i så fall dessa barn här nedan. Om barnet är under 18 år, bifoga en kopia på det överförmyndarspärade bankkonto som du får från banken.

Begäran om utbetalning

Här kan du ange förmånstagarna

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

Behandling av personuppgifter Bliwa Livförsäkrings verksamhet är grupp-försäkring 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 13076, 103 02 STOCKHOLM	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
--	--

Intygande av den som avger försäkringen 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	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	