

Utredning av sammanboende för Anmälan om dödsfall TGL

Den här utredningen ska fyllas i och skickas in tillsammans med TGL-anmälan, om du vid dödsfallet var sambo med den person som har avlidit.

Skicka gärna hela utredningen till oss samtidigt med blanketten "Anmälan om dödsfall TGL", så att vi kan besluta om ersättning.

Samboutredningen ska du fylla i själv.

Intyg om sammanboende ska fyllas i av två personer som har god kännedom om ert sammanboende. Dessa personer ska helst vara opartiska, det vill säga de ska *inte* vara nära anhöriga eller släktingar till dig.

Ersättning till sambo

För att du ska kunna få ersättning måste du och den avlidna personen ha varit ogifta och ha bott tillsammans under äktenskapsliknande förhållanden vid dödsfallet. Med det menas att ni ska ha haft ett parförhållande med varandra och ha haft gemensam bostad och gemensamt hushåll.

Normalt krävs också att sammanboendet har haft viss varaktighet.

En sambo kan ha rätt till ersättning enligt någon av följande punkter (om inte den avlidna personen hade ändrat sitt förordnande och skrivit något annat):

1. Den som stadigvarande sammanbodde under äktenskapsliknande förhållanden med en ogift försäkrad fram till dennes död kan få ett helt grundbelopp om sambon har, har haft eller väntar/väntade barn med den försäkrade, eller tidigare har varit gift eller registrerad partner med den försäkrade.
2. Om gemensamma barn saknas och sambon inte tidigare har varit gift eller registrerad partner med den försäkrade, kan sambon ha rätt till ersättning om både den försäkrade och sambon fyllt 18 år, och de som ogifta har bott tillsammans under äktenskapsliknande förhållanden i minst sex månader fram till dödsfallet. Sambon kan då få ett halvt grundbelopp om den försäkrade även efterlämnar barn. Om det inte finns barn till den försäkrade kan sambon få hela grundbeloppet.

Det här gäller om du ansöker om ersättning från "makeförsäkring" i din egen TGL:

Om din sambo själv saknade TGL-skydd, men du omfattas av TGL hos oss, så kan en så kallad "makeförsäkring" gälla för din sambos dödsfall.

I så fall kan vi eventuellt betala begravningshjälp och barnbelopp till hemmaboende barn under 17 år.

Du måste skicka in "Samboutredning" och "Intyg om sammanboende" till oss för att vi ska kunna se om ert sammanboende uppfyllde kriterierna enligt någon av punkterna 1 eller 2 som står här intill. Annars gäller inte makeförsäkringen.

Använd också den särskilda anmälningsblanketten för makeförsäkringen, F0107.

Du kan inte själv få någon ersättning (grundbelopp) från makeförsäkringen.

Den avlidna personens förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
---	----------------------------

Svara på nedanstående frågor så utförligt som möjligt.

Sammanboende

Under vilken tid sammanbodde ni stadigvarande under äktenskapsliknande förhållanden?	Från och med (år-månad-dag)	Till och med (år-månad-dag)
Adress för sammanboendet det sista året		
Bostaden innehades med <input type="checkbox"/> hyresrätt	<input type="checkbox"/> bostadsrätt	<input type="checkbox"/> äganderätt
Vem hyrde/ägde bostaden?	Storlek på bostaden m ²	

Annan bostad

Hade någon av er en annan bostad, eller var folkbokförd på en annan adress under det sista året som ni sammanbodde? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om du har svarat "Ja" - skriv adress, tidsperiod och anledning till innehavet av den andra bostaden eller den andra folkbokföringsadressen. Ange också den andra bostadens storlek och beskriv hur den utnyttjades.

Gemensamma barn

Har ni (eller har haft) gemensamt barn, eller väntas gemensamt barn? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om du har svarat "Ja", skicka med ett utdrag från Skatteverket där ditt föräldraskap framgår. Om du väntar gemensamt barn, skicka med ett graviditetsintyg från barnmorska eller läkare.

Ekonomi

Hade ni gemensam ekonomi? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hade ni gemensamt köpt bohaget till bostaden där ni sammanbodde? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hade ni annan gemensam egendom? (Till exempel bil, båt, sommarstuga) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", skriv vad
Hade någon av er bostadsbidrag eller bostadstillägg under sammanboendet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange vem

Övrigt

Omständigheter som du tror kan vara av betydelse för vår prövning (till exempel testamente)

Intygande Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Datum för underskrift (år-månad-dag)	Namn-teckning	Namn-förtydligande
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon	

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/personuppgifter

Postadress	Besöksadress	Kundcenter	Telefonväxel	Internet	Organisationsnummer
Afa Försäkring	Klara Södra Kyrkogata 18	0771-88 00 99	08-696 40 00	www.afaforsakring.se	502000-9659
106 27 Stockholm			Telefax 08-696 45 45		

Den avlidna personens förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
---	----------------------------

Ett sammanboende under äktenskapsliknande förhållanden kännetecknas av att ogifta personer har levt tillsammans i ett parförhållande, och har haft gemensam bostad och gemensamt hushåll.

Ditt intygande är ett viktigt underlag när vi ska fatta beslut om ett ofta betydande försäkringsbelopp, och det ska därför grundas på god kännedom om de berörda personernas förhållande till varandra.

Information om Afa Försäkrings behandling av personuppgifter finns på www.afaforsakring.se/personuppgifter

Intygande

Vi intygar att

..... *(den avlidna)* och

stadigvarande har sammanbott fram till den förstnämndas dödsfall och att de, enligt vad vi känner till, har varit sammanboende under äktenskapsliknande förhållanden.

Uppgiftslämnare 1

Jag har kännedom om sammanboendet sedan (tidpunkt)
Min relation till paret och eventuell kommentar:

Uppgiftslämnare 2

Jag har kännedom om sammanboendet sedan (tidpunkt)
Min relation till paret och eventuell kommentar:

Underskrift uppgiftslämnare 1

Datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Utdelningsadress	
Postnummer	Ortnamn
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon

Underskrift uppgiftslämnare 2

Datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Utdelningsadress	
Postnummer	Ortnamn
Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon

F6201 001

F6201 21.12