

Information om Anmälan dödsfall TGL A

Blanketten används när den avlidne vid dödsfallet var TGL-försäkrad hos AFA Försäkring genom sin anställning. Blanketten används även för TGL vid tjänstepension, Fortsättningsförsäkring TGL och Företagares egen TGL-försäkring.

Vid dödsfall lämnar TGL ersättning till den avlidnes efterlevande och begravningshjälp till dödsboet.

1-12 i blanketten fylls i av make, maka, registrerad partner, arvinge, förmånstagare eller behörig företrädare för någon av dessa.

13-14 fylls i av den arbetsgivare, hos vilken den avlidne senast var anställd.

Kontakta AFA Försäkrings kundcenter på 0771-88 00 99 om du behöver mer information.

Att tänka på när anmälan fylls i

Det är viktigt att du fyller i anmälan så noggrant som möjligt. Kontrollera att de uppgifter du lämnar är korrekta. Vi behöver uppgifterna för att kunna utreda rätten till ersättning från försäkringen.

Om utrymmet inte räcker till får du gärna lämna övriga upplysningar på separat papper. Skriv i så fall den avlidnes personnummer på bilagan.

Förklaring till vissa av fälten i anmälan

2 Släktutredning: Här anger du om uppgifterna som finns i dödsfallsintyg, släktutredning och eventuella bilagor är riktiga. Det kan exempelvis finnas ytterligare arvsberättigade (t.ex. barn utanför äktenskapet eller från tidigare äktenskap) som inte har tagits upp i utredningen, eller så kan bortadopterade barn felaktigt ha tagits upp. Inga andra släktingar än make/maka/ registrerad partner och arvsberättigade barn ska finnas med i släktutredningen.

3 Sambo: Ett sammanboende under äktenskapsliknande förhållanden, i försäkringsvillkorens mening, kännetecknas normalt av att ogifta personer har levt tillsammans som makar/partners, och har haft gemensam bostad och gemensamt hushåll.

För att en sambo ska kunna vara förmånstagare krävs normalt också att sammanboendet har haft viss varaktighet vid tiden för dödsfallet.

Om du har varit sambo med den avlidne, måste ett intyg om sammanboende och en särskild utredningsblankett fyllas i och bifogas anmälan. Blanketterna finns på AFA Försäkrings hemsida www.afaforsakring.se.

5 Förmånstagares namn och kontonummer: Förmånstagare till grundbeloppet är normalt make/maka, registrerad partner, sambo och/eller arvsberättigade barn. Den avlidne kan själv ha valt att låta någon annan vara förmånstagare till ersättningen.

Förmånstagare till barnbelopp är samtliga arvsberättigade barn under 21 år.

Omyndigt barn: Om ett barn är omyndigt, skriv även förmyndarens namn och adress.

Försäkringsbelopp som är högre än ett prisbasbelopp och som ska betalas till en omyndig, måste enligt lag sättas in på ett överförmyndarspärret konto. Ett överförmyndarspärret konto öppnas av förmyndare, normalt barnets vårdnadshavare, i valfri bank. Skicka med ett kontobevis för varje barn.

Utlandsboende: Om förmånstagaren bor utanför Sverige behöver vi adressuppgifter. Om ersättningen ska betalas till konto i en bank som finns inom Europa behöver vi också bankens namn, BIC (Bank Identifier Code) och IBAN (International Bank Account Number). Vid betalning till konto i bank utanför Europa anger du bankens namn, BIC-koden och kontonumret. Skriv gärna på separat papper eller under "11 Övriga upplysningar".

6 Dödsboets kontouppgifter: Den avlidnes dödsbo är normalt förmånstagare till den begravningshjälp som ingår i försäkringen. För utbetalning av begravningshjälp ange bank och dödsboets (den avlidnes) kontonummer om sådant finns. Saknas konto skickar AFA Försäkring ersättning på avi.

10 Annan anställning: För att förmånstagarna inte ska gå miste om ersättning, behöver vi få veta om den avlidne hade annan anställning samtidigt med eller efter den anställning som anges i anställningsintyget. Vi vill i så fall också att du skickar med kopior av intyg från dessa anställningar.

Om det finns TGL-försäkring även i annan anställning så samordnas försäkringsersättningarna. Totalt betalas högst det försäkringsbelopp som arbetet hade gett rätt till om det hade utförts i en och samma anställning.

Om TGL eller jämförbart skydd även finns hos annat försäkringsbolag, lämnas normalt ersättning från den försäkring som fanns i den senaste anställningen.

Blanketten ska endast användas vid anställds dödsfall.

1-12 fylls i av make, maka, registrerad partner, arvinge, förmånstagare eller behörig företrädare för sådana.

Anvisningar om hur du fyller i blanketten finns på www.afaforsakring.se**1 Personuppgifter för den avlidne**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Den avlidnes förnamn och efternamn | |
| Personnummer (ååmmdd-nnnn) | Dödsdatum (åååå-mm-dd) |

2 Släktutredning (Dödsfallsintyg och släktutredning begärs från Skatteverket och ska alltid skickas med anmälan)

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Är uppgifterna i dödsfallsintyget, släktutredningen och eventuella bilagor riktiga och har alla arvsberättigade tagits med? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|------------------------------|-----------------------------|

Om "Nej", ange vad som är felaktigt på separat papper eller under **11 Övriga upplysningar**.**3 Sambo**

| | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Var den avlidne sammanboende med ogift person under äktenskapsliknande förhållanden? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Förnamn och efternamn | Personnummer | Telefon (även riktnr) |

4 Sambors gemensamma barn (Besvaras av sambo om anmälan undertecknas av denne eller dennes ombud)

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|
| Väntar ni barn tillsammans? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Har ni eller har ni haft barn tillsammans? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|

Om någon av frågorna ovan besvarats med "Ja", skicka med graviditetsintyg eller utdrag från Skatteverket där släktskap framgår.

5 Förmånstagares namn och kontonummer

| Uppgifter på make/maka (registrerad partner)/sambo och barn under 21 år. Om inte make/maka (registrerad partner) finns lämnas uppgift på samtliga barn. | Ange för varje person till vilket konto betalning kan göras. För överförmyndarspärtrat konto ska kontobevis skickas med. | | |
|--|---|----------------|-------------|
| | Namn | Clearingnummer | Kontonummer |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6 Dödsboets kontouppgifter

Begravningshjälp till dödsboet utbetalas normalt till bankkonto. Ange bank och dödsboets, (den avlidnes), kontonummer om sådant finns. Om uppgift inte lämnas görs utbetalning via Swedbank på utbetalningsavi.

| | | |
|--------------|----------------|-------------|
| Bankens namn | Clearingnummer | Kontonummer |
|--------------|----------------|-------------|

7 Mål om äktenskapsskillnad eller upplösande av registrerat partnerskap

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Pågick mål om äktenskapsskillnad eller upplösande av registrerat partnerskap? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|------------------------------|-----------------------------|

8 Ansvarig för bouppteckning eller dödsboanmälan

| | |
|--|--------------------------------|
| Vem gör bouppteckning eller dödsboanmälan? | Namn, adress och telefonnummer |
|--|--------------------------------|

9 Dödsfall orsakat av annan person

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Finns det anledning att anta att dödsfallet orsakats av annan person? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
|---|------------------------------|-----------------------------|

Fortsättning på nästa sida

10 Annan anställning

| | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Har den avlidne haft annan anställning, samtidigt med eller efter den anställning som anges i anställningsintyget? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Har den avlidne deltagit i arbetsmarknadspolitiskt program före dödsfallet? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Görs ansökan om ersättning från tjänstegruppliv-försäkring även hos annat försäkringsbolag? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Om "Ja", ange försäkringsbolag

11 Övriga upplysningar (t.ex. förvaltare eller god man för förmånstagare, felaktigheter i släktutredningen, väntade barn)

| |
|--------------|
| |
|--------------|

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

12 Fullmakt/underskrift

Jag lämnar AFA Försäkring följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är riktiga och att uppgifterna om konton inhämtats från angivna förmånstagare

| | | |
|--|------------------------------|-------------------|
| Jag medger att AFA Livförsäkringsaktiebolag har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter om den avlidne som kan vara nödvändiga för att pröva om försäkringsbelopp kan betalas ut. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar. | | |
| Datum (åååå-mm-dd) för underskrift | Namnteckning | Namnförtydligande |
| 2 0 | | |
| Samhörighet (släktskap) med den avlidne | Telefon dagtid (även riktnr) | Mobiltelefon |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ortnamn |

13 Anställningsuppgifter (Fylls i av den arbetsgivare, hos vilken den avlidne senast var anställd)

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---------------------------------|
| Den anställdes förnamn och efternamn | | Personnummer (ååmmdd-nnnn) | |
| Yrke/sysselsättning (skriv med STORA bokstäver) | | | |
| Anställningstid fr.o.m. | Datum (åååå-mm-dd) | Anställningstid t.o.m. | Datum (åååå-mm-dd) |
| Omfattas av TGL i AFA Livförsäkring med försäkringsavtalsnummer | Försäkringsavtalsnummer | Omfattas av TGL i annat bolag, ange vilket | |
| Kollektivavtal för anställningen har gällt mellan | Arbetsgivarorganisation (ex: BA) | Fackförbund (ex: Transport) | Avtalsområde (ex: Åkeriavtalet) |

| | |
|---|--|
| Fastställd arbetstid (timmar per vecka) | Om arbetstiden inte är fastställd, ange faktisk genomsnittsarbetstid under de senaste 12 arbetsveckorna (timmar per vecka) |
|---|--|

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Den anställda utförde | Datum (åååå-mm-dd) | Datum (åååå-mm-dd) |
| <input type="checkbox"/> Heltidsarbete t.o.m. | | <input type="checkbox"/> Deltidsarbete t.o.m. |
| Orsak till frånvaro därefter | Ange vilken | |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tjänstledighet | <input type="checkbox"/> Annan orsak | |

| | |
|--|---|
| Markera här om dödsfallet förorsakades av en arbetsskada <input type="checkbox"/> Ja | Var den avlidne hemarbetstagare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Var den avlidne ägare/delägare eller make/maka (registrerad partner) till ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse? | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
|--|--|

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

14 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

| | | |
|------------------------------|-----------------------|---------|
| Företagets fullständiga namn | Organisationsnummer | |
| Adress | Postnummer | Ortnamn |
| Kontaktperson | Telefon (även riktnr) | |
| Datum (åååå-mm-dd) | Namnteckning | |