

Information om Anmälan dödsfall TGL A



Blanketten ska användas när den avlidna personen vid dödsfallet omfattades av Tjänstegrupplivförsäkring (TGL) hos Afa Försäkring genom sin anställning.

Blanketten används också för anmälan om dödsfall till

- Tjänstegrupplivförsäkring vid tjänstepension
- Försäkring för Tjänstegrupplivförsäkring
- Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring (TGL/EF)

Om den avlidna personen var TGL-försäkrad, betalas begravningshjälp till dödsboet. Oftast kan också försäkringsbelopp betalas till efterlevande.

Om det är den försäkrades make eller sambo som har avlidit (och maken/sambon saknar eget TGL-skydd) så ska en annan blankett användas: "Anmälan dödsfall TGL M" (F0107).

Kontakta oss på 0771-88 00 99 om du behöver mer information.

1–12 i blanketten ska fyllas i av make/maka, registrerad partner, arvinge, förmånstagare eller behörig företrädare för någon av dessa.

13–15 ska fyllas i av arbetsgivaren där den avlidna personen senast hade anställning.

Om anmälan gäller "Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring" (TGL/EF) så ska 13–15 fyllas i av en person som företräder företaget eller av en anhörig till den avlidne.

Att tänka på när anmälan fylls i

Det är viktigt att du fyller i anmälan så noggrant som möjligt. Kontrollera att de uppgifter som du lämnar är korrekta.

Vi behöver uppgifterna för att kunna utreda rätten till ersättning från försäkringen.

Om du inte får plats med all information på blanketten så får du gärna fortsätta på ett separat papper. Skriv i så fall den avlidnes personnummer på bilagan.

Förklaring till vissa av fälten i anmälan

2 Släktutredning

Här markerar du om uppgifterna som finns i dödsfallsintyg, släktutredning och eventuella bilagor är riktiga. Kryssa "Nej" om något är fel, till exempel om det finns fler arvsberättigade barn än de som står med i släktutredningen – exempelvis barn utanför äktenskapet eller från tidigare äktenskap – eller om bortadopterade barn felaktigt har tagits upp i utredningen. Inga andra släktingar än make/maka/registrerad partner och samtliga arvsberättigade barn ska finnas med i släktutredningen. *Skriv under "11 Övriga upplysningar" vad som är fel eller saknas.*

3 Sambo

Att ha bott tillsammans "under äktenskapliga förhållanden" – som det står i försäkringsvillkoren – betyder normalt sett att ogifta personer har haft ett parförhållande med varandra och har haft gemensam bostad och gemensamt hushåll. För att en sambo ska kunna vara förmånstagare krävs oftast också att sammanboendet har haft viss varaktighet vid tiden för dödsfallet.

Om du var sambo med den person som nu har avlidit, så måste ett intyg om sammanboende och en särskild utredningsblankett fyllas i och bifogas anmälan. Blanketterna finns på Afa Försäkrings hemsida www.afaforssakring.se

5 Förmånstagares namn och kontonummer

Förmånstagare till grundbeloppet är normalt make/maka, registrerad partner, sambo och/eller arvsberättigade barn.

Personen som har avlidit kan själv ha valt att låta någon annan än dessa vara förmånstagare till ersättningen.

Förmånstagare till barnbelopp är samtliga arvsberättigade barn under 21 år.

Barn under 18 år: Försäkringsbelopp som är högre än 1 prisbasbelopp och som ska betalas till en underårig, måste enligt lag sättas in på ett överförmyndarspärret konto. Ett sådant konto öppnas av förmyndare – oftast barnets vårdnadshavare – i valfri bank. Skicka med ett kontobevis för varje barn.

Om barnet har god man eller särskild förmyndare, skriv dennes namn och adress under "11 Övriga upplysningar".

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

6 Dödsboets kontouppgifter

Dödsboet är normalt förmånstagare till den begravningshjälp som ingår i försäkringen. Skriv bankens namn och dödsboets (den avlidna personens) kontonummer, om dödsboet har konto kvar. Om dödsboet saknar konto betalar Afa Försäkring ut begravningshjälpen på utbetalningsavi.

Information om Anmälan dödsfall TGL A



10 Annan anställning

För att förmånstagarna inte ska gå miste om ersättning, behöver vi få veta om personen som har avlidit hade någon fler anställning *samtidigt med* eller *efter* den anställning som anges under "13 Anställningsuppgifter". Skicka i så fall också med kopior av anställningsintyg från de andra anställningarna.

Om det finns TGL-försäkring även i annan anställning så ska försäkringsersättningarna samordnas. 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 finns även hos annan försäkringsgivare/bolag, så kommer ersättning troligen att betalas från den försäkring som fanns i den senaste anställningen.

Om det finns en privat tecknad livförsäkring/grupplivförsäkring så påverkar den inte ersättningen från TGL.

14 Företagare

Följande personer betraktas som företagare.

- I företag som inte är juridisk person: samtliga ägare
- I handelsbolag: samtliga ägare
- I kommanditbolag: komplementär
- I aktiebolag: aktieägare vars aktieinnehav för sig eller sammanräknat med aktier som ägs av make/maka, registrerad partner, förälder eller barn till aktieägaren uppgår till *minst en tredjedel av aktierna i företaget*

För att kunna omfattas av "Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring" (TGL/EF) måste företagaren ha varit verksam i Sverige.

Blanketten ska endast användas vid anställds dödsfall. Se informationsbladet.

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

Information om hur du fyller i blanketten finns i informationsbladet som följer med den (hittas också på www.afaforsakring.se)

1 Personuppgifter för den som avlidit

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

2 Släktutredning (Dödsfallsintyg och släktutredning begär du från Skatteverket och skickar till oss tillsammans med anmälan)

Är uppgifterna riktiga i dödsfallsintyget, släktutredningen och eventuella bilagor, och har alla arvsberättigade barn och eventuell make/maka/registrerad partner tagits med i dessa handlingar? Nej Ja

Om "Nej", skriv under 11 Övriga upplysningar eller på separat papper vad som är fel eller saknas.

3 Sambo

Var den avlidna personen sammanboende med ogift person under äktenskapsliknande förhållanden? Nej Ja

Sambos förnamn och efternamn | Personnummer | Telefon (även riktnummer)

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

Har du barn tillsammans med den avlidna personen (eller har haft)? Nej Ja

Väntar du barn med den avlidna personen? Nej Ja

Om någon av frågorna har besvarats med "Ja", skicka med ett utdrag från Skatteverket där ditt släktskap med barnet framgår, eller ett graviditetsintyg

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 konto finns kvar. Om vi inte får uppgift om konto så betalas begravningshjälpen ut på utbetalningsavi genom Swedbank.

Bankens namn | Clearingnummer | Kontonummer

7 Mål om äktenskapsskillnad eller upplösande av registrerat partnerskap

Pågick mål om äktenskapsskillnad eller upplösande av registrerat partnerskap? Nej 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? Nej Ja

Fortsättning på nästa sida

10 Annan anställning

Har den avlidne haft någon fler anställning <i>samtidigt med</i> eller <i>efter</i> den anställning som anges under 13 Anställningsuppgifter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", hos vilken/vilka arbetsgivare? (Skriv namn på företag/arbetsgivare)
Görs ansökan om ersättning även från annan tjänstegrupplivförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", hos vilken försäkringsgivare/bolag?

11 Övriga upplysningar (t.ex. förvaltare eller god man för förmänstagare, 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 har inhämtats från angivna förmänstagare

Jag medger att Afa Liv tjänstepensionsaktiebolag 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 för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande
2 0 - - - - -		
Min samhörighet (släktskap) med den avlidne (t.ex. make, sambo, barn)	Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn

13 Anställningsuppgifter (Fylls i fullständigt av den arbetsgivare där den avlidna personen senast var anställd/verksam)

Den anställdes förnamn och efternamn		Personnummer (ååmmdd-nnnn)	
Yrke/sysselsättning (skriv med STORA bokstäver)			
Anställningstid fr.o.m. (åååå-mm-dd)	Anställningstid t.o.m.	Var arbetstagaren anställd hos er vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Omfattas av TGL i Afa Liv 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 <input type="checkbox"/> Heltidsarbete t.o.m.	Datum (åååå-mm-dd)	<input type="checkbox"/> Deltidsarbete t.o.m.	Datum (åååå-mm-dd)
Orsak till frånvaro därefter <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tjänstledighet		Ange vilken <input type="checkbox"/> Annan orsak	

Markera här om dödsfallet orsakades av en arbetsskada <input type="checkbox"/> Ja

14 Företagare

<i>Ska alltid besvaras</i>	<i>Behöver bara besvaras om anmälan gäller "Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring":</i>
Var den avlidna personen själv ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse, eller make/maka/registrerad partner till en person som är ägare/delägare i rörelsen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Var den den avlidna personen verksam i företaget? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

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

15 Arbetsgivarens underskrift Riktigheten av lämnade anställnings- och företagsuppgifter intygas

Företagets fullständiga namn		Organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Ortnamn	
Kontaktperson (namn)	Telefon (även riktnummer)	Mobiltelefon	
Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	E-postadress	
2 0 - - - - -			