

Avser barn till och med utgången av den månad barnet fyller 18 år
Barnskydd ingår i försäkrads Grupplivförsäkring med förtidskapital

Uppgifter

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nummer
Försäkrade barnets namn	Försäkrade barnets personnummer	Finns inte fullständigt personnummer År-mån-dag
Gruppmedlems namn		Gruppmedlems personnummer
Medförsäkrads namn (om barnet inte är barn till gruppmedlem)		Medförsäkrads personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
Den avlidne är barn till <input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make/registrerad partner/sambo		
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? Om "Nej", ange adress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ange dödsorsaken om den är känd		Har du/ni fått vårdbidrag för barnet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (sänd in samtliga intyg från Försäkringskassan)

Sänd in "Dödsfallsintyg med släktutredning" som begärs från Skatteverket

Arvsberättigat barn är även barn som har avlidit efter den 28:e havandeskapsveckans utgång, i detta fall ska även intyg från sjukhus eller kurator sändas in med denna blankett, där även uppgift om föräldrars personnummer finns med.

Dödsboets kontouppgifter

Beloppet betalas i första hand till barnets dödsbo, i andra hand till föräldern som har försäkringen.		
Pengarna betalas ut som begravningshjälp.		
Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

Underskrifter

Jag försäkrar, i egenskap som förälder och vårdnadshavare, på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt samt försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa, Polismyndighet och Statistiska Centralbyrån) får lämna bolaget de upplysningar som bolaget behöver för bedömning av (mina) ersättningsanspråk.

Datum	Gruppmedlemmens namnteckning	Gruppmedlemmens namnförtydligande
Datum	Medförsäkrads namnteckning	Medförsäkrads namnförtydligande

Nedanstående uppgifter ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen för företaget/förbundet.

Premie för grupplivförsäkringen betald till och med? (år och månad)		
Jag bekräftar att uppgifterna ovan är riktiga.		
Gruppmedlem anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	Medförsäkrad anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	
Ort och datum	Företag/Arbetsgivare/Förening/Förbund/Mäklare	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens underskrift	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens namnförtydligande	

Blanketten skickas till:
 Länsförsäkringar
 Affärsområde Hälsa
 Gruppliv
 106 50 Stockholm

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692
 Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

Telefon
08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
www.lansforsakringar.se/grupp