

*Denna sida ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen för företaget/förbundet*

## Uppgifter om den avlidne

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Gruppavtal nummer
Den avlidnes namn		Den avlidnes personnummer
Avled (år, månad, dag)	Om anmälan avser medförsäkrad i livförsäkringen ska även gruppmedlemmens personnummer anges	Gruppmedlems personnummer
Namn på den som sköter dödsboet (kontaktperson)		Samhörighet med den avlidne
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
<input type="checkbox"/> Den avlidne var gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make/registerad partner <input type="checkbox"/> Medförsäkrad sambo		
Gruppmedlem hade vid tiden för dödsfallet varit frånvarande från arbetet sedan?	År, mån, dag	på grund av?
Ange dödsorsaken om den är känd	Berodde dödsfallet på ett olycksfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Gruppförsäkringen betald till och med (år, månad)

## Kompletterande uppgifter ska fyllas i av gruppföreträdare som har självadministrerande gruppavtal

Var den avlidne ansluten till gruppolycksfallsförsäkringen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om den avlidne var gruppmedlem har livförsäkringen betalats för medförsäkrad?	<input type="checkbox"/> Ja, från och med <input type="text" value="År, mån"/> <input type="checkbox"/> Nej
Försäkringsbelopp	Ansluten (år, mån)

## Gruppföreträdarens/arbetsgivarens underskrift

<b>Jag bekräftar att uppgifterna ovan om den avlidnes försäkring är riktiga.</b>	
Ort och datum	
Företag/Arbetsgivare/Förening/Förbund/Mäklare	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens underskrift	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnförtydligande

**Denna blankett och registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och släktutredning" samt "Försäkrans - kompletterande släktutredning" skickas till:**

Officersförbundet  
Medlemsservice  
Box 5338  
102 47 Stockholm

**OBS! Denna handling ska alltid undertecknas och sändas till Länsförsäkringar tillsammans med blankett "dödsfallsintyg och släktutredning" från Skatteverket. Ifylls av anhörig eller annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden.**

Gruppavtalsnummer

Den avlidnes namn (efternamn och fullständigt förnamn)	Avled (år, månad, dag)	Personnummer
--	------------------------	--------------

## Bostadsadress och personnummer för de anhöriga som angivits i Skatteverkets intyg

Efternamn och tilltalsnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Barn ej gemensamt <input type="checkbox"/>
Efternamn och tilltalsnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Barn ej gemensamt <input type="checkbox"/>
Efternamn och tilltalsnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Barn ej gemensamt <input type="checkbox"/>
Efternamn och tilltalsnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Barn ej gemensamt <input type="checkbox"/>
Efternamn och tilltalsnamn	Släktskap med den avlidne	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Barn ej gemensamt <input type="checkbox"/>

## Måste besvaras om den avlidne var gift, hade registrerad partner eller var sambo

Pågick i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller betänketid för äktenskapsskillnad/upplösning av partnerskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Sammanbodde den avlidne vid tidpunkten för dödsfallet med ogift person under äktenskapsliknande förhållanden? Om svaret är "Ja", komplettera med namn, adress och personnummer nedan. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, från och med?	År, mån	
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Innefattar Skatteverkets intyg samtliga arvsberättigade (se "Arvsrätt enligt allmänna arvsordningen" på nästa sida och är de angivna personernas namn, personnummer och släktskap med den avlidne riktiga? Om svaret är "Nej", komplettera eller korrigerar nedan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

## Avstående/övriga frågor

Förmånstagare kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbeloppet till förmån för den närmaste berättigade förmånstagaren. <input type="checkbox"/> Ja, kontakt önskas!	Om förmånstagaren önskar avstå? <input type="checkbox"/> Ja, kontakt önskas!	Övriga frågor? <input type="checkbox"/> Ja, kontakt önskas!
--	--	---

## Underskrift

Jag försäkrar 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.

Ort och datum	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer (även riktnr)	Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne
Namnteckning	Namnförtydligande

**Behöver du råd?** Är du osäker på hur du ska göra med pengarna från försäkringen? Kontakta ditt Länsförsäkringsbolag.

**Fortsättning på sid 2 >>>**

## Begäran om utbetalning. Jag vill att utbetalningen ska sättas in på nedanstående konto.

Utbetalning av belopp till omyndig överstigande två prisbasbelopp/år ska sättas in på överförmyndarspärret konto.

Vid kontoutbetalning till bank utom Sverige skall även IBAN- och BIC-kod anges. Dessa uppgifter hämtas in från respektive bankkontor.

<input type="checkbox"/> Sparkonto i Länsförsäkringar Bank. Jag godkänner att ni använder mina uppgifter och öppnar ett sparkonto där ni sätter in pengarna. Jag får reda på aktuell ränta på Länsförsäkringars kontor, på <a href="http://www.lansforsakringar.se">www.lansforsakringar.se</a> och på TV4:s text- TV sid 29		
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på mitt konto i:		
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på plus-/bankgiro med nummer:		
Plus-/bankgironummer		
Förmånstagares underskrift		Personnummer

<input type="checkbox"/> Sparkonto i Länsförsäkringar Bank. Jag godkänner att ni använder mina uppgifter och öppnar ett sparkonto där ni sätter in pengarna. Jag får reda på aktuell ränta på Länsförsäkringars kontor, på <a href="http://www.lansforsakringar.se">www.lansforsakringar.se</a> och på TV4:s text- TV sid 29		
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på mitt konto i:		
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på plus-/bankgiro med nummer:		
Plus-/bankgironummer		
Förmånstagares underskrift		Personnummer

<input type="checkbox"/> Sparkonto i Länsförsäkringar Bank. Jag godkänner att ni använder mina uppgifter och öppnar ett sparkonto där ni sätter in pengarna. Jag får reda på aktuell ränta på Länsförsäkringars kontor, på <a href="http://www.lansforsakringar.se">www.lansforsakringar.se</a> och på TV4:s text- TV sid 29		
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på mitt konto i:		
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Jag vill att pengarna sätts in på plus-/bankgiro med nummer:		
Plus-/bankgironummer		
Förmånstagares underskrift		Personnummer

## Arvsrätt enligt allmänna arvsordningen

Arvsberättigade är i tur och ordning:

### A Den avlidnes make.

Detta under förutsättning att den avlidne saknar barn eller att den avlidne efterlämnar make och gemensamma barn. Efterlämnar den avlidne barn som inte är den efterlevande makens barn har sådant barn rätt att få ut sin arvslott. Arvsrätten upphör i regel vid hemskillnad eller betänketid till äktenskapsskillnad.

### B Den avlidnes barn.

(Även adoptivbarn och barn utom äktenskap, men inte bortadopterat barn). Om något barn har avlidit träder dess barn i dess ställe.

### C Den avlidnes föräldrar.

Om en av föräldrarna avlidit, tillfaller dennes del den avlidnes hel- eller halvsyskon eller avlidet syskons avkomlingar.

### D Den avlidnes far- och morföräldrar.

Om någon av dessa har avlidit, tillfaller dennes del den avlidnes barn (farbröder, fastrar, morbröder och mostrar). Kusiner ärver inte.

### Observera att

om den avlidne var försäkringens ägare och förmånstagare är insatt, fördelas försäkringsbeloppet enligt förmånstagarförordnandet och inte enligt arvsordningen. De uppgifter som efterfrågas på omstående sida behövs för att Länsförsäkringar Liv ska kunna göra korrekt utbetalning enligt förordnandet.

Blanketten skickas till:  
Officersförbundet  
Medlemservice  
Box 5338, 102 47 Stockholm

### Försäringsgivare

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](http://www.lansforsakringar.se/grupp)