

Information om Anmälan dödsfall TGL M

Blanketten ska användas när den avlidna personen vid dödsfallet omfattades av Tjänstegrupplivförsäkring (TGL) hos Afa Försäkring genom sin make, maka, registrerade partner eller sambo.

Ersättning från makeförsäkringen kan bara lämnas om den avlidna personen inte omfattas av eget TGL-skydd.

Blanketten används även för anmälan till makeförsäkring i

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

Om den person som har avlidit omfattas av makeförsäkringen, betalas begravningshjälp till dödsboet och barnbelopp till hemmaboende barn under 17 år.

Om den avlidna personen omfattades av TGL genom sin egen anställning, ska istället blanketten "Anmälan dödsfall TGL A" (F0114) användas.

Kontakta oss på 0771-88 00 99 (knappval 5) om du behöver mer information.

1–10 i blanketten ska fyllas i av den anställde eller dennes ombud.

11–12 ska fyllas i av den arbetsgivare där den anställde själv är eller senast var anställd.

Om anmälan gäller "Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring" (TGL/EF) så ska hela blanketten fyllas i av företagaren eller dennes ombud.

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" (på första frågan) 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 "9 Övriga upplysningar" vad som är fel.**

Barnbelopp kan betalas till samtliga hemmaboende barn under 17 år, som är gemensamma barn eller barn antingen till den avlidna personen eller till dig själv. Vi vill därför även ha uppgifter om eventuella hemmaboende barn som är under 17 år och som inte finns med i släktutredningen.

4 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 ersättning ska kunna lämnas krävs oftast också att sammanboendet har haft viss varaktighet vid tiden för dödsfallet.

6 Kontonummer för hemmaboende barn under 17 år

Försäkringsbelopp som ska betalas till en underårig kan sättas in på ett överförmyndarspärmat konto. Ett sådant konto öppnas av förmyndare – oftast barnets vårdnadshavare – i valfri bank. Skicka med kontobevis.

Om barnet har god man eller särskild förmyndare, skriv dennas namn och adress under "9 Övriga upplysningar".

7 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.

8 Den försäkrades övriga anställningar

Om du har eller har haft mer än en anställning, så kan det finnas TGL eller liknande försäkring även i annan anställning. Mer än ett försäkringsbelopp kan inte betalas. Ersättning betalas oftast från den försäkring som finns i den senaste anställningen. Skicka med kopior av anställningsintyg från alla anställningar som du har haft **samtidigt med** eller **efter** den anställning som anges under "11 Anställningsuppgifter".

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.

Information om Anmälan dödsfall TGL M

11 Anställningsuppgifter

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 vara verksam i Sverige.

Blanketten ska användas vid anställds makes/makas/registrerad partners eller sambos dödsfall.

1–10 fylls i av den anställda eller den anställdes ombud.

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? (Om "Nej", skriv under "9 Övriga upplysningar" eller på separat papper vad som är fel eller saknas.)		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Finns hemmaboende barn under 17 år som inte ingår i släktutredningen? (Om "Ja", ange namn och personnummer nedan.)		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förnamn och efternamn	Personnummer		

3 Den avlidna personens egen anställning

Har den avlidna personen haft egen anställning eller deltagit i arbetsmarknadspolitiskt program?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", ange tidsperiod och arbetsgivarens namn, eller plats för arbetsmarknadspolitiskt program		
Omfattades den avlidna personen av egen tjänstegrupplivförsäkring?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om "Ja", hos vilken försäkringsgivare/bolag?		

4 Sambo (Besvaras om du och den avlidna personen bodde tillsammans utan att vara gifta eller registrerade partners)

Sammanbodde du under äktenskapsliknande förhållanden med den avlidna personen vid tiden för dödsfallet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

5 Ansvarig för bouppteckning eller dödsboanmälan

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

6 Kontonummer för hemmaboende barn under 17 år (Ange nedan till vilket konto betalning kan göras för varje barn)

Namn	Clearingnummer	Kontonummer

7 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

Fortsättning på nästa sida

8 Den försäkrades övriga anställningar

Har du själv haft någon annan anställning samtidigt med eller efter den anställning som anges under "11 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?

9 Övriga upplysningar (till exempel: god man för barn, felaktigheter i släktutredningen, väntade barn)

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

10 Fullmakt/underskrift

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

Jag medger att Afa Försäkring tjänstepensionsaktiebolag (Afa Försäkring) har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar om mig från försäkringsföretag, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetslöshetskassa, fackförbund samt från Försäkringskassan och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att pröva om försäkringsbelopp kan betalas ut från Afa Försäkring. 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 avlidna personen	Telefon dagtid (även riktnummer)	Mobiltelefon	
<input type="checkbox"/> Make/maka/registrerad partner <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Annan			
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn	

11 Anställningsuppgifter (Fylls i av den arbetsgivare där den försäkrade är anställd/verksam, eller senast var anställd/verksam)

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 Försäkring med försäkringsavtalsnummer	Försäkringsavtalsnummer (7 eller 10 siffror)	Omfattas av TGL hos annan försäkringsgivare/bolag, ange vilken försäkringsgivare/bolag	
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)
---	--

Var den anställda frånvarande från arbetet vid tiden för makens/makans (registrerade partners) eller sambons dödsfall?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan	Datum
Orsak till frånvaro därefter	Ange vilken		
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Tjänstledighet <input type="checkbox"/> Annan orsak			

Är den anställda ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Var den avlidna personen ägare/delägare i arbetsgivarens rörelse?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
---	--	---	--

Behöver bara besvaras om anmälan gäller "Företagares egen Tjänstegrupplivförsäkring":	
Är du (den försäkrade) verksam i företaget?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

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

12 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 - - - - -			

2

FO107 001

FO107 23.11