



# KOMPLETTERING AV SKATTEFÖRVALTNINGENS DÖDSFALLSINTYG OCH SLÄKTUTREDNING

Den avlidnes personnr \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Församling \_\_\_\_\_

FÖRSÄKRAN (avges av anhörig eller annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden). Uppgifterna behövs för att försäkringsgivaren skall kunna göra korrekt utbetalning enligt förmånstagarförordnandet. Observera att barn utom äktenskap har arvsrätt efter såväl fadern som faderns släkt. Eftersom arvsrätten är ömsesidig har barnets far och dennes släkt också arvsrätt efter barnet

Var god kryssa för i lämpliga rutor

I egenskap av \_\_\_\_\_ förklarar undertecknad på heder och samvete  
(släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här)

- att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade  
 att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns:  
 att make och barn saknas. Var god ange om andra arvsberättigade personer finns

Efternamn och förnamn	Personnr	Släktskap med den avlidne
-----------------------	----------	---------------------------

Berodde dödsfallet på ett olycksfall som inträffat på fritiden <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Ja	Om dödsorsaken är känd av Er, var god ange denna
---	--

## SKALL BESVARAS OM DEN AVLIDNE VAR GIFT

Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och/eller dennes make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad?  Nej  Ja  
Om ansökan om äktenskapsskillnad ingivits till domstol, var god ange datum:

## SKALL BESVARAS OM DEN AVLIDNE VAR OGIFT

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person  
 Nej  Ja Om "Ja", den sammanboendes Namn:

sammanboende fr o m: Personnr:

## Underskrift av den som avger försäkran

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga  
Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt och allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som försäkringsgivaren behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren.

Ort	Datum	Namnteckning	Telefon
-----	-------	--------------	---------

## BEGÄRAN OM UTBETALNING

I egenskap av \_\_\_\_\_ anholder undertecknad om utbetalning av försäkringsbelopp  
(här anges make, sambo, förmånstigare, etc)

Önskar förmånstigare att utbetalning sker till bank, anges bankens namn, adress, clearing- samt kontonr.

Bank	Clearingnr.	Kontonr
------	-------------	---------

Om förmyndaren är annan än efterlevande make, ange förmyndarens namn och adress

Namn	Utdelningsadress
------	------------------

Postnr	Ortnamn
--------	---------

## UNDERSKRIFT AV DEN SOM BEGÄR UTBETALNING

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga  
Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt och allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som försäkringsgivaren behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren.

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-----	-------	--------------	-------------------

Utdelningsadress	Postnr	Ortnamn	Telefon dagtid
------------------	--------	---------	----------------