

Du har uppgivit att du varit sammanboende med den försäkrade. För att vi ska kunna fastställa vem/vilka som är förmånstagare och om efterlevandepension kan utbetalas, ber vi dig besvara nedanstående frågor.

Uppgifter om den avlidne Fylls i av Pensionsvalet

Den avlidnes namn	Personnummer (10 siffror)	Försäkringsnummer
-------------------	---------------------------	-------------------

1. Dina personuppgifter Fylls i av sammanboende

Namn	Personnummer (10 siffror)
Adress	
Postnummer och ort	Telefon dagtid

2. Ditt civilstånd vid tidpunkten för den försäkrades dödsfall Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift/reg. partner, sedan (år, månad, dag): <input type="checkbox"/> Skild, sedan (år, månad, dag): <input type="checkbox"/> Änka/änkling, sedan (år, månad, dag):
--

3. Har du och den försäkrade gemensamma barn? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange barnens personnummer nedan	
Personnummer (10 siffror)	Personnummer (10 siffror)
Personnummer (10 siffror)	Personnummer (10 siffror)

4. Hur länge hade du och den försäkrade bott ihop vid tidpunkten för dödsfallet? Fylls i av sammanboende

Sedan (år, månad, dag)

5. Var ni under hela den tiden folkbokförda på gemensam adress? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej, ange anledning
--	------------------------

6. Vilken adress är det till den bostad där ni bodde ihop vid dödsfallet? Fylls i av sammanboende

Adress	Postnummer och ort
--------	--------------------

7. Vilken boendeform gäller för bostaden? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Hyresrätt: ange hyresrättsinnehavare:	<input type="checkbox"/> Den försäkrade	<input type="checkbox"/> Jag	<input type="checkbox"/> Vi båda gemensamt
<input type="checkbox"/> Bostadsrätt: ange bostadsrättsinnehavare:	<input type="checkbox"/> Den försäkrade	<input type="checkbox"/> Jag	<input type="checkbox"/> Vi båda gemensamt
<input type="checkbox"/> Äganderätt: ange lagfaren ägare till fastigheten:	<input type="checkbox"/> Den försäkrade	<input type="checkbox"/> Jag	<input type="checkbox"/> Vi båda gemensamt

Var god vänd

8. Hade du en annan, egen, bostad under den tid ni bodde ihop? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, under perioden:	
Adress	Postnummer och ort

9. Hade den försäkrade en annan, egen, bostad under den tid ni bodde ihop? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, under perioden:	
Adress	Postadress

Fråga 10-13 besvaras om du och den försäkrade inte var skrivna på samma adress

10. Hade du och den försäkrade gemensam egendom? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange slag av egendom:

11. Hade du och den försäkrade ett samlevnadsavtal som gällde vid dödsfallet? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bifoga kopia av avtalet

12. Hade den försäkrade upprättat testamente till förmån för dig? Fylls i av sammanboende

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bifoga kopia av testamentet

13. Vem har förrättat/kommer att förrätta bouppteckningen? Om bouppteckningen är klar, bifoga kopia Fylls i av sammanboende

Namn	Telefon (även riktnr)
Adress	Postadress

14. Finns andra omständigheter som du vill åberopa? Fylls i av sammanboende

15. Godkännande av samboförhållande

Efterlämnar den avlidne myndiga barn eller föräldrar bör de nedan styrka dina lämnade uppgifter.

Ett samboförhållande kännetecknas i normalfallet av två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har gemensamt hushåll, enligt sambolagen.

Uppgiftslämnarens släktskap med den avlidne	Uppgiftslämnarens släktskap med den avlidne
Ort och datum (år, månad, dag)	Ort och datum (år, månad, dag)
Telefon dagtid	Telefon dagtid
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Medgivande

För utredning av ärendet kan försäkringsbolaget där försäkringen finns behöva inhämta yttranden från personer som kände den försäkrade. Om detta blir nödvändigt – godkänner du att dessa personer får kännedom om de uppgifter som du lämnat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat ovan är riktiga.

Ort och datum (år, månad, dag)	Underskrift
--------------------------------	-------------