

Den avlidnes personnummer										
									-	

Blanketten ska fyllas i av nära anhörig eller någon annan som företräder dödsboet.

Blanketten ska skickas till den avlidnes arbetsgivare som sedan skickar denna och övriga handlingar till KPA Pension, 106 85 Stockholm för försäkringsutredning.

Den avlidne

Den avlidnes förnamn och efternamn	
Arbetsgivarens namn	
Har den avlidne, samtidigt eller efter anställningen, annat arbete/sysselsättning, t ex arbetsmarknadsåtgärder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange arbetsgivarens namn och telefonnummer
Finns anledning anta att döden orsakats genom brott som påverkar förmånstagarens rätt till försäkringsersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange av vem
Pågick mål om äktenskapsskillnad/upplösning av registrerat partnerskap vid dödsfallet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Finns sambo?

Sammanlevde den avlidne vid dödsfallet med ogift person i ett stadigvarande parförhållande sedan minst sex månader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", finns gemensamma barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sambos namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnr, även riktnr
Postnr och ortnamn	

Förmånstagare och utbetalning

Är uppgifterna i släktutredningen riktiga och har alla arvsberättigade förmånstagare tagits med? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", ange nedan vad som är felaktigt i släktutredningen. Det kan vara ytterligare arvsberättigade eller bortadopterade barn.
Förnamn och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress, postnr och ortnamn	
Släktskap	

Fortsättning på nästa sida.

Den avlidnes personnummer

						-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Uppgifter för utbetalning

Förmånstagarnas namn och adress.
 Omyndigs belopp måste sättas in på konto med överförmyndarspär.
 Kopia av avtalet med banken gällande barnet/barnens konto ska bifogas.

Namn och adress dit du vill att bouppteckningsintyget ska skickas

Övriga upplysningar
 (ange t ex om barn väntas, vårdnadshavare/förmyndare för omyndig, god man för vuxen,
 förmånstagare vill avstå försäkringsbelopp eller om myndig förmånstagare satts i konkurs).

Uppgiftslämnare

Uppgiftslämnarens namn	Telefon dagtid, även riktnr
Släktskap med den avlidne (vid annan än anhörig behövs fullmakt från samtliga dödsbodelägare)	Mobilnr
Utdelningsadress	
Postnr och ortnamn	
E-postadress	
<p>Jag lämnar KPA Tjänstepensionsförsäkring (KPA Pension) följande fullmakt och intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga och att uppgifterna om konton har inhämtats från angivna förmånstagare.</p> <p>Jag medger att KPA Tjänstepensionsförsäkring (KPA Pension) har rätt att ta del av de uppgifter och handlingar från försäkringsföretag/tjänstepensionsföretag eller annan försäkringsinrättning, utländsk försäkringsgivare, arbetsgivare, arbetsförmedlingen samt från Försäkringskassan och andra myndigheter om den avlidne som kan vara nödvändiga för att pröva om försäkringsbelopp kan betalas ut.</p> <p>Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.</p>	
Datum	Uppgiftslämnarens underskrift