Gruppeliv nr. 135

Udskriv formularen

# Anmeldelse af dødsfald

Ifølge vedlagte dødsattest eller anmeldelse om begravelse/ligbrænding er nedennævnte

Fulde navn: _____ CPR-nr. _____ - _____

Adresse: _____ død den _____ / _____ År _____

Ansat hos (arbejdsgivers navn og adresse) _____

Dato for ansættelse _____

Præmie for gruppelivsforsikring betalt af arbejdsgiveren fra _____

Attestation af arbejdsgiveren _____

Den _____ / _____ År _____

Var ansættelsesforholdet ophørt, er arbejdsgiverens attestation ikke påkrævet. I stedet skal et af følgende to spørgsmål kunne besvares bekræftende:

**A.** Præmien for gruppelivsforsikringen var betalt af gruppemedlemmet.
Hvis ja, fra hvilken dato? _____

**B.** Gruppemedlemmet var bevilget præmiefri dækning på grundlag af erhvervsudygtighed.
Hvis ja, fra hvilken dato? _____

**Hvem efterlades? (sæt X)**

- ☐ Ægtefælle/registreret partner efterlades (besvar punkt 1)
- ☐ Samlever efterlades (besvar punkt 2)
- ☐ Børn efterlades (besvar punkt 3 A)
- ☐ Testamente er oprettet (se punkt 3 B)
- ☐ Forældre og/eller søskende efterlades (besvar punkt 3 C og D)

**1.**

**OPLYSNINGER TIL BESTEMMELSE AF, TIL HVEM UDBETALINGEN SKAL SKE**

Undertegnede ægtefælle/registrerede partner bekræfter at have været gift med ovennævnte forsikrede. Idet **jeg vedlægger vielses-/partnerskabsattest**, erklærer jeg på tro og love, at mit ægteskab/registrerede partnerskab med afdøde ikke var ophævet ved seperation eller skilsmisse, men at afdøde til sin død levede i ægteskab/registreret partnerskab med mig.

**NemKonto**
Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til arvingens/arvingernes NemKonto.

_____ den _____ / _____ År _____ _____
By Underskrift

_____ _____
CPR-nr. Adresse

GR-LIV/0135:1

**2.**

Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, men derimod samlever:

Afdøde og samleveren har været samlevende i mere end 2 år: Ja ☐ Nej ☐
(der vedlægges bopælsattester for begge parter)

Afdøde og samleveren venter, har eller har haft barn/børn sammen: Ja ☐ Nej ☐
(der vedlægges dåbsattest for barnet/børnene)

**3.**

**A.** Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner eller samlever, men børn (her: levende og døde, myndige og umyndige, født inden- og udenfor ægteskab, adoptivbørn, men *ikke stedbørn*). Der anføres fødselsdag og -år, for døde børn tillige dødsår.

Er et eller flere børn døde, må under "Særlige bemærkninger" anføres navne, fødselsdata og adresse for deres børn, idet disse tager arv efter afdøde.

Fødsels- eller dåbsattester vedlægges (i original eller kopi)

| Navn: | Adresse: | CPR-nr.: | Hvis død: dødsår |
|---|---|---|---|
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |

Særlige bemærkninger:

**B.** Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever og ingen børn, men afdøde havde oprettet testamente.

TESTAMENTET SKAL VEDLÆGGES I KOPI.

**C.** Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever, ingen børn og afdøde havde ikke oprettet testamente. I så fald anføres nedenfor det afdøde medlems forældre. Er blot en af forældrene død, skal også punkt D udfyldes.

Fødsels- eller dåbsattest for det afdøde medlem vedlægges (i original eller kopi)

| | Navn: | Adresse: | CPR-nr.: | Hvis død: dødsår |
|---|---|---|---|---|
| Faderen | | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| Moderen | | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |

**D.** Der efterlades ingen ægtefælle/registreret partner, ingen samlever, ingen børn, intet testamente og faderen og/eller moderen til medlemmet er død. Den afdøde faders og/eller moders halvdel arves af vedkommendes børn, hvorfor disse anføres, hvad enten de lever eller ej. Ikke levendes eventuelle livsarvinger anføres ligeledes.

De anførtes fødsels- eller dåbsattester vedlægges (i original eller kopi)

| Navn: | Adresse: | CPR-nr.: | Hvis død: dødsår |
|---|---|---|---|
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |
| | | \| \| \| \| \| \| - \| \| \| \| | |

Undertegnede (anfør slægtskabsforholdet til det afdøde medlem) _____
til den forsikrede bekræfter rigtigheden af de givne oplysninger, som er afgivet på tro og love.

**NemKonto**
Eventuelle udbetalinger fra Alka, vil ske til arvingens/arvingernes NemKonto.

_____ / _____ År _____ _____
By Underskrift

_____
Adresse

_____ _____
Telefonnr. CPR-nr.

Eventuelle bemærkninger:

Anmeldelsen indsendes til:
H.K., Forsikring, Weidekampsgade 8, Postboks 470, 0900 København C

| Til H.K.'s attestation: | Modtaget den: | Sendt til Alka Liv II den: |
|---|---|---|
| | | |