SpareBank 1

SpareBank 1 Livsforsikring AS
Foretaksregisteret NO 915 651 321

FAGFORBUNDET

Melding om dødsfall

Husk skifteattest eller erklæring fra skifteretten

Skjema sendes til Fagforbundet

Postboks 7003, St. Olavsplass, NO-0130 Oslo

SpareBank1 Livsforsikring AS og SpareBank1 Skadeforsikring AS er behandlingsansvarlig for de opplysninger selskapene innhenter. Administrerende direktør har det daglige ansvar for behandlingen av registrerte personopplysninger. Det er nødvendig for selskapet å få de opplysninger det ber om for at det skal få behandlet saken.
Du har rett til innsyn i hva selskapet har registrert. Du har også rett til å kreve retting av registrerte opplysninger som er uriktige eller ufullstendige.

Opplysninger om avdøde *(den en evt. avtale er utstedt på, eller arbeidstaker/medlem hos den som har inngått kollektiv forsikringsavtale)*

Etternavn/fornavn		Fødselsdato / Personnr.
Adresse	Postnr./-sted	Sivilstand på skadedato/dødsdato ☐ ugift ☐ gift/reg. partner ☐ fraskilt ☐ samboer ☐ separert ☐ enke/enkemann
Medlem av fagforbund/avdeling	Medlemsnr. *(finnes på LOfavør medlemskortet)*	

Opplysninger om avdødes eventuelle ektefelle/reg. partner/samboer

Etternavn/fornavn		Fødselsdato / Personnr.
Medlem av fagforbund/avdeling	Avd.nr.	Medlemsnr./arbeidsnr.

Kun for samboende

Jeg bekrefter at jeg *(kryss av)*

☐ har bodd sammen med avdøde i ekteskapslignende forhold i mer enn 2 år (attest fra Folkeregisteret vedlegges).
Videre bekrefter jeg at det ikke var noe til hinder for at lovlig ekteskap kunne vært inngått.

☐ har barn med avdøde (attest vedlegges).

Samboers underskrift

Opplysninger om den som skal ha utbetalingen

Kontonr. v/utbetaling	Sted/dato	Underskrift	Fødselsdato / Personnr.
Adresse pårørende		Postnr./-sted	

Bekreftelse fra Fagforbundet *(Bekreftelse må gis hvis det antas at dødsfallet berettiger til utbetaling i h.h.t. bestemmelsene for Fagforbundets Stønadskasse.)*

Det bekreftes at medlem nr. ..... Avd.nr. ..... Navn .....

som ble innmeldt i LO ..... og i Forbundet ....., da dødsfallet inntraff den .....

1. var ☐ ***tilsluttet*** ☐ ***ikke tilsluttet Stønadskassen.***

Det er: ☐ ***ikke betalt forskudd*** ☐ ***utbetalt forskudd,kr .....***

2. var ☐ ***tilsluttet*** ☐ ***ikke tilsluttet Fagforbundets Gruppelivsforsikring (GRP 0073289).***

Medlemmet har: ☐ Reservert seg ☐ ikke reservert seg mot Kollktiv Hjemforsikring

Sted *Dato* *Fagforbundets stempel og forpliktende underskrift*

Mars 2011

VEND ARKET!

Erklæring

Avdøde

Navn	
Fødselsdato	Dødsdato

Fullmektig

Navn	Fødselsnummer	
Adresse	Postnr.	Poststed

Erklæring og underskrift

Jeg/vi gir ..... (fullmektigens navn) fullmakt til å motta utbetalingsbeløpet fra Stønadskassen/Fagforbundets Gruppeforsikring og bekrefter at avdøde ikke hadde samboer.

Sted/dato	Fødselsnummer	Navn (store bokstaver)	Underskrift