



FORENEDE GRUPPELIV

Anmeldelse af dødsfald

Afdøde: Navn Cpr-nummer Dødsdato Ansættelsesdato Stilling Adresse Ægteskabelig stilling	 Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Separeret <input type="checkbox"/> Fraskilt <input type="checkbox"/> Samlevende <input type="checkbox"/>
Omfattet af: Gruppelivsnr. Undergruppe nr. Eventuel skattekode	
Hvis anmelder er kommune, amt eller stat: Månedlig gruppelivspræmie Kopi af lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår bedes vedlagt.	 Tjenestemand <input type="checkbox"/> Reglementsansat <input type="checkbox"/> Overenskomstansat <input type="checkbox"/> Pensionsbidrag _____% Pensionist <input type="checkbox"/> Erhvervsaktiv <input type="checkbox"/>
Efterlades ægtefælle oplyses ægtefællens navn og adresse Efterlades samlever oplyses samlevers navn og cpr-nummer	
Særlige bemærkninger: F.eks. navn, adresse og slægtskab på pårørende, hvis der ikke efterlades en ægtefælle/samlever	
Det bekræftes herved, at afdøde var omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale efter gældende aftale.	
Dato /	Underskrift
	Stempel og telefonnummer

Blanketten indsendes i udfyldt og underskrevet stand af arbejdsgiveren til: FG, Krumtappen 4, postboks 442, 2500 Valby

Telefon 39 16 78 00 Fax 39 16 78 01 E-mail fg@fg.dk