



Kyrkans pensionskassa

Dödsfallsanmälan

Observera att Dödsfallsintyg med släktutredning ska bifogas. Detta intyg utfärdas av Skatteverket.

Personuppgifter

Den avlidnes namn	Personnummer (år månad dag nr)
-------------------	--------------------------------

Släktutredning

Innefattar släktutredningen från Skatteverket samtliga förmånstagare/arvsberättigade? Om "NEJ", ange personuppgifterna nedan.	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Namn	Personnummer (år månad dag nr)	Släktskap med den avlidne
------	--------------------------------	---------------------------

Namn	Personnummer (år månad dag nr)	Släktskap med den avlidne
------	--------------------------------	---------------------------

Namn	Personnummer (år månad dag nr)	Släktskap med den avlidne
------	--------------------------------	---------------------------

Arbete/sysselsättning

Var den avlidne anställd inom Svenska kyrkan vid dödsfallet?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Om "NEJ", ange orsak till att anställningen upphört.	Avgångsdatum	

Hade den avlidne, samtidigt eller efter anställningen inom Svenska kyrkan, annat arbete/sysselsättning Om "JA", ange arbetsgivarens namn och adress nedan.	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

--

--

--



Kyrkans pensionskassa

Ska besvaras om den avlidne var gift/registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad/upplösning av partnerskapet inlämnats?

JA

NEJ

Om "JA", ange datum för ansökan (år månad dag)

Ska besvaras om den avlidne inte var gift

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person vid dödsfallet? (Om "JA", fyll i blanketten "Komplettering till dödsfallsanmälan Sammanboende" och bifoga anmälan.)

JA

NEJ

Den sammanboendes namn

Personnummer (år månad dag nr)

Medgivande

Undertecknad intygar härmed att lämnade uppgifter är riktiga. Jag medger även att försäkringskassa/försäkringsbolag får lämna upplysningar till Kyrkans pensionskassa för ärendets handläggning.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

.....
Adress

.....
Telefon dagtid (även riktnr)

.....
Namnförtydligande

.....
Postnummer och ortnamn

.....
Släktskap med den avlidne

Skicka denna blankett, tillsammans med Dödsfallsintyget, till nedanstående adress.



Kyrkans pensionskassa

Komplettering till dödsfallsanmälan

Besvaras av den som ej var gift men sammanbott med den avlidne.

Personuppgifter

Den avlidnes namn	Personnummer (år månad dag nr)
Ditt namn	Personnummer (år månad dag nr)
Adress	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefon kvällstid (även riktnr)
Ditt civilstånd vid tidpunkten för dödsfallet	

Har du och den avlidne gemensamma barn?

Om "JA", ange barnets personnummer.

JA NEJ

Personnummer (år månad dag nr)	Personnummer (år månad dag nr)	Personnummer (år månad dag nr)
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Om "NEJ", väntade du barn med den avlidne?

JA NEJ

Hur länge hade du och den avlidne sammanbott vid tidpunkten för dödsfallet.

Fr o m - t o m datum

På vilken adress sammanbodde ni?

Var ni under hela den tiden folkbokförda på samma adress?

JA NEJ

Medgivande

Undertecknad intygar härmed att lämnade uppgifter är riktiga. Jag medger även att Kyrkans pensionskassa vid eventuell utredning i ärendet får inhämta yttranden från personer som kände till den avlidnes förhållanden. Dessa personer får då kännedom om de uppgifter som jag lämnat i ärendet.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning