

Denna blankett används för ansökan om grupplivförsäkring motsvarande ekonomiskt stöd efter avliden person som varit anställd hos staten.

Till ansökan bör bifogas bilagor som uppräknas på sista sidan.

**Ansöknings-
undertecknas** av änka/änkling och/eller förmyndare av barn under 18 år.
Ifall stöd ansöks för 18-22 åriga barn, bör de underskriva ansökan själv och meddela sina egna bankkontouppgifter eller ge fullmakt till någon som lyfter stödet för alla.*

Ansökan skickas till Statskontoret, Ersättningstjänster, PB 50, 00054
STATSKONTORET

Tilläggsuppgifter ger Statskontoret, Ersättningstjänster, tfn. 0295 50 2000

SÖKANDE IFYLLER Förmånslätare	Släktnamn	Dödsdag		
	Förnamnen	Personbeteckning eller födelsedatum		
	Föregående släktnamn	Ålder vid dödsfallet		
	Förmånslätaren var skriven i		Församling	Befolkningsreg. (civilregister)
	Åtnjöt förmånslätaren ålderspension? Nej Ja		Från och med	
	Åtnjöt förmånslätaren sjukpension? Nej Ja		Från och med	
	Dödsorsak Olycksfall Brott mot liv Annan			
Förmånslätarens arbetsgivare under den sista 12- månadsperioden	Arbetsgivarens namn	Tjänsten började	Upphörde	
Förmånslätarens lantbruksföretags- tagarverksamhet	Har förmånslätaren varit försäkrad med LFÖPL fram till sin död? Nej Ja Ifall har varit försäkrad tidigare, när upphörde försäkringen?			
Andra ersättningsansökan	Har ni på annat håll ansökt om förmån som motsvarar detta stöd? Nej Ja, varifrån?			
Förmånstagare Make/maka och barn under 18 år 18-22 åriga barn; se övre delen *	Namn	Personbeteckning		

Tilläggsuppgifter	Tilläggsuppgifter		
Ansökarens postadress	Näradress		Telefonnummer
	Postnummer	Postanstalt	
Förmånstagarens betalningsadress	Fullständigt IBAN-kontonummer		
Anmärkning	Ansökare ombedes anskaffa på följande sida behövliga uppgifter av statens ämbetsverk eller inrättning, som senast varit arbetsgivare av förmånslåtaren.		
Underskrift	<p>Ifall ansökningen undertecknas av någon annan än ansökaren eller dennes förmyndare, bör orsak och möjlig släktskapsförhållande till ansökaren anges.</p> <p>Jag försäkrar, att de uppgifter jag lämnat i denna ansökan är riktiga. Samtidigt befullmäktigar jag Statskontoret att skaffa uppgifter som behövs vid ansökningens handläggning om förmånstagarna samt förmånslåtarens tjänste- eller arbetsförhållande eller yrkesverksamhet.</p> <p>Jag ger mitt samtycke till att Statskontoret vid behov kan överlåta vid ansökningens handläggning erforderliga uppgifter till Arbetstagarnas Grupplivförsäkringspool, Kommunernas pensionsförsäkring och Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt eller till en annan inrättning som beviljar motsvarande ersättning.</p> <p>Jag försäkrar även att jag inte ansökt om motsvarande stöd eller ersättning från annan inrättning.</p> <p>Ort och datum Underskrift</p> <p style="text-align: right;">Namnförtydligande</p>		

**Blanketten skickas till Statskontoret med adress:
Statskontoret, Ersättningstjänster, PB 50, 00054 STATSKONTORET**

ÄMBETSVERK ELLER INRÄTTNING IFYLLER

Nedan ombedda uppgifter ger ämbetsverk eller inrättning i vars tjänst förmånslåtaren senast var.

Ämbetsverk eller inrättning	Namn		
Förmånslåtare	Namn		
Förmånslåtarens OffPL-anställningsförhållande	Tjänst, arbete eller yrke		tjänsteförhållande
			arbetsförhållande
	Anställningen började	upphörde	
	Lönebetalningen upphörde	Förtjänsten under de 30 sista dagarna eller regelbunden månadslön	Arbetstimmarnas antal per vecka
		€	minst 20 timmar under 20 timmar
Förmånslåtarens övriga anställningar	Har förmånslåtaren arbetat i andra anställningsförhållanden än i statens anställningsförhållanden efter eller samtidigt med sin statsanställning?		
	Arbetsgivare	Anställning varade från till	Förvärvsinkomster €
	Vid behov används separat bilaga.		
	Endast sådana anställningar uppges som varit i kraft under de 6 månader som föregått den sista anställningens upphörande.		
Arbetsgivarämbetsverkets eller inrättningens underskrift, datering och stämpel			
På förfrågningar svarar	Namn	Telefon	
	Adress		

Till ansökan bifogas

1. **Dödsattest** eller polisundersökningsprotokoll, vid dödsfall genom olyckshändelse.
2. **Förmånslåtarens sambo** med vilken förmånslåtare hade eller hade haft ett gemensamt barn bör bifoga hemortsintyg eller motsvarande utredning varav framgår tiden för samboende. Om gemensamt barn inte finns, bör ett avtal om inbördes underhåll som fastställts av en myndighet bifogas. Vid behov bifogas också utredning varav framgår att ansökan om upplösning av förmånslåtarens äktenskap var anhängig.

Enligt förordningen (1044/76, 1155/97) skall Statskontoret när stöd betalas till en omyndig underrätta förmyndarnämnden på den omyndiges hemort.

Anmärkning

Enligt lagen om skatt på arv och gåva (378/1940) 28 § 2 moment skall mottagarna och beloppen av försäkringsersättningar och ekonomiskt stöd nämnas i bouppteckningsinstrumentet.