

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