

Ansökan om efterlevandeskydd och familjeskydd enligt OPF-KL

.....
Namn förtroendevald

.....
Personnummer

Den förtroendevalde avled(datum)

Jag ansöker om utbetalning av:

Efterlevandeskydd

Ansökan ska ske senast 6 månader efter den förtroendevaldes dödsfall

Familjeskydd

Ansökan ska ske senast 6 månader efter den förtroendevaldes dödsfall

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

.....
Namntförtydligande

.....
Personnummer

.....
Relation till den avlidne