EURO ACCIDENT
försäkring + hälsa

Skadeanmälan
Dödsfall

Försäkran ska fyllas i av anhörig eller annan person som väl känner till den avlidnes släktförhållanden. Uppgifterna behövs för att försäkringsgivaren ska kunna göra en korrekt utbetalning. Vänligen bifoga intyg om sjukpenning för de senaste fyra åren från försäkringskassn, registerutdrag ”Dödsfallsintyg och Släktutredning” från skatteverket. Vi behöver även en vidimerad kopia av en ID-handling avseende den/de som begär ersättning från försäkringen (körkort, pass eller annan godkänd ID-handling). Vidimeringen görs genom att en oberoende person intygar att kopian överens-stämmer med originalet.

» Försäkrings-/Gruppavtalsnummer samt Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare

Försäkringsnummer/Gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare

» Försäkrad/Avliden

Den avlidnes namn (försäkrad/gruppmedlem/medförsäkrad/barn)	Personnummer
Gruppmedlems personnummer om den avlidne var medförsäkrad	Dödsfallsdatum
Företrädare för dödsboet	Samhörighet med den avlidne
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Försäkran

I egenskap av: _____ försäkrar jag på heder och samvete:

(Ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. ”make” eller ”förmånstagare”.)

☐ Att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade

☐ Att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns: _____

☐ Att maka/make/registrerad partner och barn saknas. Var god ange nedan om andra arvsberättigade personer finns.

Namn samt släktskap med den avlidne	Personnummer
Namn samt släktskap med den avlidne	Personnummer

a) Vad var orsaken till dödsfallet?

☐ Sjukdom ☐ Olycksfall

Ange händelseförlopp samt beskrivning av sjukdom/olycksfallshändelse som föranlett dödsfallet

Vid olycksfall bifoga gärna kopia på polisrapport om sådan finns.

Besvara nedanstående frågor b, c, d, om den avlidne var gift eller hade registrerad partner.

b) Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och/eller dennes maka/make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad?

☐ Ja ☐ Nej

c) Om den avlidne var registrerad partner, hade ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol?

☐ Ja ☐ Nej

d) Om ansökan om äktenskapsskillnad/ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol, var god ange datum:

Handlingarna skickas till:
Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10

Besvara nedanstående fråga e, om den avlidne var ogift.

e) Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållande med ogift person? ☐ Ja ☐ Nej		
Om Ja, ange den sammanboendes namn	Personnummer	Fr.o.m. datum

Underskrift nedan av den som avger försäkran	**Uppgifter om mottagare av Bouppteckningsintyg**
Ort och datum	Namn
Namnteckning	Utdelningsadress
Namnförtydligande	Postnummer och ort

» Begäran om utbetalning

I egenskap av: _____ anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet.

(Ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. ”make” eller ”förmånstagare”.)

Om anmälan avser efterlevandepension

Ange om längre utbetalningsperiod än standard (5 år) önskas: ☐ 10 år ☐ 15 år ☐ 20 år

Ange nedan till vilket bankkonto utbetalningen ska ske.

Kontohavarens namn	Personnummer
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer

Omyndig förmånstagares belopp ska (om beloppet överstiger 1 prisbasbelopp) insättas på överförmyndarspärrat bankkonto.
Ange nedan den omyndiges kontouppgifter. Bifoga kopia av kontobevis med uppgift om överförmyndarspärr.

Kontohavarens namn	Personnummer
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer

Vid omyndig kontohavare, ange nedan förmyndarens namn och kontaktuppgifter om annan än efterlevande maka/make.

Förmyndarens namn	Personnummer
Telefon	E-post

» Arvsavstående

Förmånstagaren kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbelopp till förmån för den/de närmast efter förmånstagaren berättigade. Förmånstagaren önskar eventuellt avstå, vänligen sätt ett kryss om kontakt önskas.

☐ Ja

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på www.euroaccident.se eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyn, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

» Underskrift av den som begär utbetalning

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Namnteckning
Personnummer	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Gruppföreträdarens/arbetsgivarens bekräftelse

Bifoga, om möjligt, en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av gruppföreträdaren eller arbetsgivaren och är en bekräftelse på försäkringstillhörighet. Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid tidpunkten för dödsfallet.

Anmälan avser ☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad maka/make/registrerad partner ☐ Medförsäkrad sammanboende ☐ Barn			
Försäkring	Ansluten – år, månad, dag	Avregistrerad – år, månad, dag	Premien betald till (datum)
Om den avlidne var gruppmedlem, har premie erlagts för medförsäkrad? ☐ Ja ☐ Nej		Om Ja, till och med (år, månad, dag)	
Gruppmedlemmens namn (anges om den avlidne var medförsäkrad)		Försäkringsbelopp gruppmedlem	
Gruppmedlemmen var anställd sedan – år, månad, dag		Försäkringsbelopp medförsäkrad	
Den avlidne var vid tiden för dödsfallet frånvarande från arbetet sedan - år, månad, dag		På grund av	
Ort och datum			
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnteckning		Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnförtydligande	