

SKADEANMÄLAN DÖDSFALL

OBS! Vänligen bifoga registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och Släktutredning" samtidigt med denna anmälan!

Försäkrings-/Gruppavtalsnummer samt Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare

Försäkringsnummer/Gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare
-------------------------------------	------------------------------------

Försäkrad/avlidne

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 dagtid	E-postadress för korrespondens

Försäkran

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.

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

(ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. "make" eller "förmånstagare")

att bifogade 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

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

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

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

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

Besvara nedanstående fråga d, om den avlidne var ogift

d) Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållande med ogift person? Ja Nej

Om Ja, ange den sammanboendes namn	Personnummer	Fr.o.m. datum
------------------------------------	--------------	---------------

Fråga e) nedan besvaras alltid

e) Vad var orsaken till dödsfallet? Sjukdom Olycksfall

Diagnos/sjukdom som föranlett dödsfall? Vid olycksfall bifoga gärna kopia på obduktionsprotokoll och/eller polisrapport om sådan finns.

Underskrift nedan av den som avger försäkran

Ort och datum	Namn-teckning
Telefon dagtid	Namn-förtydligande
E-postadress för korrespondens	

Skickas till:

Euro Accident Health & Care Insurance AB

Bäckgatan 16, SE-352 31 Växjö, tel +46 470 729 850, fax +46 470 729 740

info@euroaccident.com, www.euroaccident.com, styrelsens säte: Växjö, organisationsnummer: 556551-4766

Begäran om utbetalning

I egenskap av: _____ anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet.
(ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. "make" eller "förmånstagare")

Ange nedan till vilket bankkonto utbetalning ska ske:

Kontohavarens namn	Personnummer
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer

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

Kontohavarens namn	Personnummer
Bankens namn samt clearingnummer	Kontonummer

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

Förmyndarens namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon dagtid	E-postadress för korrespondens

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

Underskrift av den som begär utbetalning

Ort och datum	Namnsteckning
Personnummer	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress för korrespondens	Telefon dagtid

Gruppföreträdarens/arbetsgivarens bekräftelse

BIFOGA, OM MÖJLIGT, EN KOPIA PÅ FÖRSÄKRINGSBESKEDET. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av gruppföreträdare eller arbetsgivare och är en bekräftelse på försäkringstillhörighet. Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid tidpunkten för dödsfallet.

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	Försäkringsbelopp medförsäkrad
Gruppmedlemmen var anställd sedan - år, månad, dag	Den avlidne var vid tiden för dödsfallet frånvarande från arbetet sedan - år, månad, dag
På grund av:	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnteckning
Ort och datum	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens namnförtydligande

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.

Skickas till:
Euro Accident Health & Care Insurance AB
Bäckgatan 16, SE-352 31 Växjö, tel +46 470 729 850, fax +46 470 729 740
info@euroaccident.com, www.euroaccident.com, styrelsens säte: Växjö, organisationsnummer: 556551-4766