

Skadeanmälan Premiepensionsförsäkring

Med skadeanmälan ska dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket bifogas.

1. UPPGIFTER OM DEN AVLIDNE

Avlidnes förnamn och efternamn

Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX)

Datum för dödsfallet

2. FÖRSÄKRAN (ska fyllas i av någon anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden)

I egenskap av

försäkrar jag på heder och samvete (ange släktskap eller samhörighet med den avlidne t.ex. "make", "barn", eller "förmånstagare")

att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade.

att make/registrerad partner och barn saknas

att ytterligare arvingar, enligt vad jag vet, finns enligt vad som anges nedan.

Var god att ange om andra arvsberättigade personer finns.

Förnamn och efternamn

Personnummer

Släktskap/Förmånstagare

Förnamn och efternamn

Personnummer

Släktskap/Förmånstagare

Förnamn och efternamn

Personnummer

Släktskap/Förmånstagare

3. UPPGIFTER ATT BESVARA OM DEN AVLIDNE VAR GIFT ELLER REGISTRERAD PARTNER

Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap lämnats till domstol?

JA NEJ

Om "Ja" ange datum:

Blanketten skickas till AXA c/o Hela Försäkring AB, Kundservice, Sveavägen 24–26, 111 57 Stockholm

Telefon kundservice 0771-174 174

4. UPPGIFTER ATT BESVARA OM DEN AVLIDNE VAR OGIFT/SAMBO

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift sambo?

JA NEJ

Om "Ja" ange sedan när de var sambo

Sambons förnamn och efternamn

Sambons personnummer

5. UPPGIFTER OM DÖDSORSAK (obligatoriska uppgifter)

Berodde dödsfallet på

Olycksfall Sjukdom

Var den avlidne vid dödsfallet frånvarande från arbete på grund av?

Sjukpenning Sjukersättning Tidsbegränsad sjukersättning

6. BEGÄRAN OM UTBETALNING

I egenskap av

anhåller jag om utbetalning av försäkringsbeloppet
(ange släktskap/samhörighet med den avlidne t.ex. "make", "barn" eller "förmånstagare")

Kontohavarens förnamn och efternamn	Clearingnummer	Kontonummer	Personnummer
Kontohavarens förnamn och efternamn	Clearingnummer	Kontonummer	Personnummer
Kontohavarens förnamn och efternamn	Clearingnummer	Kontonummer	Personnummer
Kontohavarens förnamn och efternamn	Clearingnummer	Kontonummer	Personnummer

Observera att en omyndig förmånstagares belopp ska sättas in på överförmyndarspärret bankkonto om beloppet överstiger ett (1) prisbasbelopp. Uppge den omyndiges clearing- och kontonummer. Bifoga kopia av kontobevis från banken med uppgift om överförmyndarspär. Enligt lag informeras Överförmyndarnämnden om insättningen. Vid omyndig kontohavare ange förmyndarens namn och adress:

Förmyndarens förnamn och efternamn	Telefonnummer (även riktnummer)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Blanketten skickas till AXA c/o Hela Försäkring AB, Kundservice, Sveavägen 24-26, 111 57 Stockholm
Telefon kundservice 0771-174 174

7. UNDERSKRIFT/FULLMAKT AV DEN SOM AVGER FÖRSÄKRAN SAMT BEGÄR UTBETALNING

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt, allmän försäkringskassa, annan myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som Hela Försäkring AB, som företräder försäkringsgivaren Axa France Vie, anser sig behöva.

Underskrift	Namnförtydligande	
Datum	Personnummer	Den avlidnes personnummer
E-postadress	Telefonnummer (även riktnummer)	

8. PERSONUPPGIFTER

Behandling av personuppgifter (PUL) enligt personuppgiftslagen (1998:204)

Uppgifter som lämnas till Hela Försäkring AB eller till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom respektive koncern samt till eventuella samarbetspartners, kommer att behandlas för att kunna utföra begärda åtgärder, fullgöra ingångna avtal eller andra skyldigheter som följer av tillämplig lag. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med skaderegleringen. Den som begär ersättning eller annan berörd är införstådd med att det kan vara nödvändigt att inhämta och behandla sådana uppgifter för att avtalet ska kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling och i syfte att ge korrekt information. Personuppgifter kan komma att samköras med andra register i syfte att uppdatera kontaktuppgifter. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom Hela-koncernen eller försäkringsgivarens koncern, och till olika samarbetspartners. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för har beskrivna ändamål. Försäkringsbolaget har rätt att registrera anmälda skador med anledning av detta försäkringsavtal i ett skadeanmälningsregister som är gemensamt för försäkringsbranschen.

9. BIFOGA TILL SKADEANMÄLAN:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dödsfallsintyg/Släktutredning från Skatteverket | <input type="checkbox"/> Utdrag från den avlidnes premiepensionskonto dagen före dödsfallet (erhålles från Premiepensionsmyndigheten) | <input type="checkbox"/> Om obduktion har utförts ska en kopia av obduktionsrapporten bifogas |
| <input type="checkbox"/> Intyg om dödsorsak | | <input type="checkbox"/> Om det finns en polisrapport ska en kopia av rapporten bifogas |
| <input type="checkbox"/> Personbevis avseende den/de som begär ersättning | <input type="checkbox"/> Dokument som visar att angivet bankkonto tillhör den som begär ersättning. Viktigt att IBAN-nummer framgår. | |

Blanketten skickas till AXA c/o Hela Försäkring AB, Kundservice, Sveavägen 24–26, 111 57 Stockholm

Telefon kundservice 0771–174 174

