

Skadeanmälan Hela Liv 400

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 Maiden Life Försäkrings AB c/o Hela Försäkring AB Box 1034, 101 38 Stockholm
Telefon kundservice 0771-174 174

4. UPPGIFTER ATT BESVARA OM DEN AVLIDNE VAR OGIKT/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 för- och efternamn | Clearing-nr. | Kontonummer | Personnummer |
| Kontohavarens för- och efternamn | Clearing-nr. | Kontonummer | Personnummer |
| Kontohavarens för- och efternamn | Clearing-nr. | Kontonummer | Personnummer |
| Kontohavarens för- och efternamn | Clearing-nr. | Kontonummer | Personnummer |

Observera att en omyndig förmånstagers 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:

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Förmyndares förnamn och efternamn | Telefonnummer (även riktnummer) | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer | Ort |

Blanketten skickas till Maiden Life Försäkrings AB c/o Hela Försäkring AB Box 1034, 101 38 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 Maiden Life Försäkrings AB, anser sig behöva.

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

8. PERSONUPPGIFTER

Behandling av personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU 9 2016/679).

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivarkoncernen, samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU-och EES området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. 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 ovanstående 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"/> Dokument som visar att angivet bankkonto tillhör den som begär ersättning. Viktigt att IBAN-nummer framgår. |
| <input type="checkbox"/> Intyg om dödsorsak | <input type="checkbox"/> Om obduktion har utförts ska en kopia av obduktionsrapporten bifogas |
| <input type="checkbox"/> Personbevis avseende den/de som begär ersättning | <input type="checkbox"/> Om det finns en polisrapport ska en kopia av rapporten bifogas |

Blanketten skickas till Maiden Life Försäkrings AB c/o Hela Försäkring AB Box 1034, 101 38 Stockholm
Telefon kundservice 0771-174 174