

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 66, 111 34 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 |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 66, 111 34 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

Inom ramen för din relation med ett företag inom AXA-koncernen avseende ett försäkringsavtal, kommer företaget i första hand att använda dina uppgifter för upprättandet, förvaltningen (inklusive affärsledning) och verkställigheten av avtalet. Det har även möjlighet att använda dem (i) vid tvister, (ii) i kampen mot penningtvätt och finansiering av terrorism, (iii) för att följa gällande lagar, eller (iv) för att analysera samtliga, eller vissa delar av, uppgifterna som berör dig och som har samlats in inom AXA-koncernen, eventuellt samkörda med data från utvalda samarbetspartner, för att förbättra våra produkter (forskning och utveckling), bedöma din situation eller för att förutsäga den (benägenhetspoäng) och skräddarsy för dig som försäkrad. De uppgifter om din hälsa som kan hämtas in kommer endast att användas för upprättandet, förvaltningen och verkställigheten av ditt avtal.

Dina uppgifter kommer att behållas under den tid som krävs för dessa olika syften, den tid som beslutats av CNIL (standarder inom försäkringssektorn) eller enligt lagen (lagkrav). De kommer endast att lämnas ut till företag inom AXA-koncernen, försäkringsförmedlare, återförsäkrare, samarbetspartner eller godkända branschorganisationer som behöver ha åtkomst till dem för att genomföra dessa åtgärder. För mottagare i länder utanför den Europeiska unionen är utlämnandet begränsat (i) till de länder som Europeiska kommissionen anger att de skyddar uppgifterna på ett tillfredsställande sätt eller (ii) till mottagare som antingen följer de standardavtalsklausuler som tillhandahålls av CNIL eller de interna reglerna om skydd av personuppgifter för ett företag som ingår i AXA-koncernen (BCR). De uppgifter om din hälsa som kan hämtas in lämnas endast ut till de behöriga underleverantörerna till försäkringsgivaren.

Vi är enligt lag skyldiga att kontrollera att dina uppgifter är korrekta, fullständiga och att de uppdateras vid behov. Vi kan komma att kontakta dig för att bekräfta dem, eller för att vi behöver komplettera din akt (exempelvis genom att registrera din e-postadress om du har skickat e-post till oss). Du kan begära åtkomst till, rättelse av, radering av eller portabilitet för dina uppgifter, bestämma hur de ska hanteras efter din död, välja att begränsa användningen eller göra invändningar mot behandling av dem. Om du har lämnat ett särskilt uttryckligt tillstånd att använda vissa av dina uppgifter, kan du återkalla det när som helst under förutsättning att det inte handlar om information som påverkar tillämpningen av ditt avtal.

Du kan skriva till vårt dataskyddsbud för att utöva dina rättigheter, via e-post (service.informationclient@axa.fr) eller per post (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). Vid klagomål kan du välja att kontakta CNIL. Du hittar mer information på www.axa.fr/donnees-personnelles.html

9. BIFOGA TILL SKADEANMÄLAN:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dödsfallsintyg/ Släktutredning från Skatteverket | <input type="checkbox"/> Utdrag från den avlidnes premiepensionskonto dagen före dödsfallet (erhålls 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 66, 111 34 Stockholm
Telefon kundservice 0771-174 174