

1. Uppgifter om den avlidne

Avidnes förnamn och efternamn	Personnummer	Datum för dödsfallet
Huvudförsäkrades förnamn och efternamn (endast om den avlidne är medförsäkrad)		Personnummer

2. Försäkran (ska fyllas i av någon anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden) Uppgifterna är obligatoriska och behövs för att Nordeuropa Liv & Hälsa AB ska kunna göra en korrekt utbetalning

I egenskap av _____ försäkrar jag på heder och samvete (ange släktskap/samhörighet med den avlidne t ex "make", "barn" eller "förmånstagare")		
<input type="checkbox"/> att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet finns		
<input type="checkbox"/> att make/registrerad partner och barn saknas. Var god att ange om andra arvsberättigade personer finns		
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne

3. Uppgifter att besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad eller upplösning av partnerskap lämnats till domstol? Om "Ja", ange datum:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nej

4. Uppgifter att besvaras om den avlidne var ogift/sambo

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift sambo Om "Ja", ange sedan när de var sambo	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sambons förnamn och efternamn	Sambons fullständiga personnummer

5. Uppgifter om dödsorsak (obligatoriska uppgifter)

Berodde dödsfallet på ett olycksfall? Om "Ja", ange var (t ex bostad, arbete) Dödsorsak (om denna är känd)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nej
Var den avlidne vid dödsfallet frånvarande från arbete på grund av? Sedan när?
<input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Sjukersättning <input type="checkbox"/> 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")		
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Förnamn och efternamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Observera att en omyndig förmånstagares belopp ska sättas in på överförmyndarspärret bankkonto om beloppet överstiger 2 prisbasbelopp. Uppge den omyndiges clearing- och kontonummer. Bifoga kopia av kontobevis med uppgift om överförmyndarspärret. Vid omyndig kontohavare ange förmyndarens namn och adress		
Förmyndarens förnamn och efternamn	Personnummer	Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

7. Underskrift av den som avger försäkran samt begär utbetalning

* Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

* Jag medger att de uppgifter som lämnats om den avlidnes hälsotillstånd, personuppgifter, samt riskbedömning- och skaderegleringsresultatet får registreras i bolagets dataregister

Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Personnummer
E-post adress		Telefonnummer (även riktnr)	Den avlidnes personnummer

8. Personuppgifter

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

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom försäkringsgivaren koncernen, 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.

Med skadeanmälan ska dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket bifogas.

Blanketten skickas till: Sedgwick Sweden AB, Box 1141, 171 22 SOLNA