

1. Uppgifter om den avlidne

Avlidnes 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 Försäkring 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 (inkl 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		Telefonnummer (inkl riktnr)	Den avlidnes personnummer

Med skadeanmälan ska dödsfallsintyg och släktutredning från Skatteverket bifogas.

Information om behandling av personuppgifter

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Nordeuropa genom Sedgwick ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Nordeuropa behandlar personuppgifter på www.nordeuropa.se/integritetspolicy

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