

EURO Accident

ANMÄLAN OM DÖDSFALL

Framsidan av denna blankett ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen på företaget

Gruppavtalsnr: 400054

Blanketten skickas till: Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnummer	År	mån	dag	nr
	Gruppmedlemmens personnummer	År	mån	dag	nr
	Observera: Avser anmälan medförsäkrad anges även den anställdes/gruppmedlemmens personnummer				

Företrädare för dödsboet	Samhörighet med den avlidne		
Utdelningsadress	Postnummer	Ort	

Den avlidne var försäkrad i egenskap av			
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	<input type="checkbox"/> medförsäkrad make/registrerad partner	<input type="checkbox"/> medförsäkrad sammanboende	<input type="checkbox"/> Barn (Barnförsäkring)
Gruppmedlemmens namn (anges om den avlidne var medförsäkrad)			
Premie för dödsfallsbelopp betald t o m	År	mån	
Den avlidne anslöts till dödsfallsbeloppet	År	mån	
Om den avlidne var gruppmedlem, har premie erlagts för medförsäkrad beträffande:	Månadspremie-dödsfallsbelopp		
Dödsfallsbelopp <input type="checkbox"/> Ja t o m år mån <input type="checkbox"/> Nej	Gruppmedlem kr:		Medförsäkrad kr:
	Dödsfallsbelopp i kr		
	Gruppmedlem:	Medförsäkrad:	

Gruppmedlemmen var anställd sedan	År	mån	dag	
Den avlidne var vid tiden för dödsfallet frånvarande från arbetet sedan:	År	mån	dag	På grund av:

Övriga upplysningar

Registerutdrag från Skatteförvaltningen "Dödsfallsintyg och Släktutredning" bifogas. Bifoga även sjukhistorik (036-intyg), beställes hos Försäkringskassan. För omgående handläggning skall dessa blanketter insändas samtidigt. "Försäkrans" på denna blanketts baksida skall fyllas i av anhörig.

Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks och är en bekräftelse på försäkringstillhörighet

Ort	Datum	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens underskrift
Arbetsgivare	Tfn arb (även riktnr)	Namnfortydligande
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Den avlidnes personnummer..... och församling.....

FÖRSÄKRAN skall fyllas i av anhörig eller annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden.

Uppgifterna behövs för att Euro Accident skall kunna göra korrekt utbetalning enligt förmånstagarförordnandet. Observera att barn utom äktenskap har arvsrätt efter såväl fadern som faderns släkt. Eftersom arvsrätten är ömsesidig har barnets far och dennes släkt också arvsrätt efter barnet.

Var god kryssa för i lämpliga rutor

I egenskap av.....förklarar undertecknad på heder och samvete (släktskap eller annan samhörighet med den avlidne anges här)		
<input type="checkbox"/> att bifogade släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade		
<input type="checkbox"/> att ytterligare följande arvingar, enligt vad jag vet, finns.		
<input type="checkbox"/> Att make/registererad partner och barn saknas. Var god ange om andra arvsberättigade personer finns.		
Efternamn och förnamn	Personnummer	Släktskap med den avlidne

Om ytterligare utrymme behövs, var god fortsätt på separat handling

Berodde dödsfallet på ett olycksfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om dödsorsaken är känd, var god ange denna:
--	---

Skall besvaras om den avlidne var gift eller hade registrerad partner

Förelåg i den avlidnes äktenskap hemskillnad eller hade den avlidne och/eller dennes make ingivit ansökan om äktenskapsskillnad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om den avlidne var registrerad partner, hade ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ansökan om äktenskapsskillnad/ansökan om upplösning av partnerskap ingivits till domstol, var god ange datum:.....		

Skall besvaras om den avlidne var ogift

Sammanbodde den avlidne under äktenskapsliknande förhållanden med ogift person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange den sammanboendes.
Namn:.....Personnr (10 siffror).....Fr om.....			

Underskrift av den som avger försäkran

Ort	Datum	Namnteckning	Tfn (även riktnr)

BEGÄRAN OM UTBETALNING

I egenskap av.....anhåller undertecknad om utbetalning av försäkringsbelopp. (här anges make, sambo, förmånstagare o s v)			
Önskar förmånstagare att utbetalning skall ske till bank anges bankens namn. Samt clearing- och kontonummer.			
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer	
Omyndig förmånstagers belopp skall (om beloppet överstiger 2 basbelopp) insättas på överförmyndarspärret bankkonto. Uppge kontonummer för den omyndige. Är kontot överförmyndarspärret?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer	
Om förmyndaren är annan än efterlevande make ange förmyndarens namn och adress			
Namn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort	

AVSTÅENDE

Förmånstagaren kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbelopp till förmån för den/de närmast efter förmånstagaren berättigade. Förmånstagaren önskar eventuellt avstå; var god tag kontakt <input type="checkbox"/> Ja

Underskrift av den som begär utbetalning

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn	Tfn dagtid (även riktnr)