

Försäkraren ska fyllas i av anhörig eller annan person som väl känner till den avlidnes släktförhållanden. Uppgifterna behövs för att försäkringsgivaren ska kunna göra en korrekt utbetalning. Vänligen bifoga registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och Släktutredning" samtidigt med denna anmälan!

» Försäkringsnummer Livförsäkring (alt. med Förtidskapital) och barnskydd

Försäkringsnummer	Gruppvavtalsnummer
-------------------	--------------------

» Personuppgifter för försäkrad och barn

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Om barnet inte är barn till gruppmedlemmen, ange även föräldrarnas (medförsäkrads) namn	Medförsäkrads personnummer i förekommande fall
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	

» Vårdbidrag

Vänligen bifoga samtliga beslut angående vårdbidrag från Försäkringskassan.

Har barnet (eller har barnet haft) vårdbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange tiden: Fr.o.m. _____ T.o.m. _____
--	--

» Utbetalning önskas enligt nedan

<input type="checkbox"/> Bankkonto – Clearingnr _____ Kontonummer _____	Bank _____
<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> Plusgiro
<input type="checkbox"/> Bankgiro	Namn på kontohavare _____

» Underskrift av den försäkrade/skadelidande

Uppgifterna i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt (folkbokförd) i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Namn/teckning
------------------------	---------------

» Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

Vänligen bifoga en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av företrädaren för gruppen vid självadministrerande avtal (besvaras inte av den försäkrade). Kryssa i nedan vem som är försäkringstagare.

<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	<input type="checkbox"/> Medförsäkrad maka/make	<input type="checkbox"/> Medförsäkrad sambo	Ansluten – år månad dag
Premien betald till (datum)	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift		
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande		

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på [www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

**Skicka handlingarna till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö  
[www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) 077-440 00 10