

Försäkrans 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!

» Personuppgifter för försäkrad och barn

Har någon av nedan skyddad identitet? Om Ja, fyll endast i de fält nedan markerad med symbolen: **S**

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

» Vårdbidrag

Vänligen bifoga samtliga beslut angående vårdbidrag från Försäkringskassan.

Har vårdbidrag beviljats för barnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange tiden: Fr.o.m. _____ T.o.m. _____
--	--

» Utbetalning önskas enligt nedan

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Vi betalar ersättningen till dödsboet. Anmäl därför det bankkonto som ersättningen ska gå till på [swedbank.se/kontoregister](http://swedbank.se/kontoregister). Bankkontot kan finnas hos en annan bank och kräver inte en kundrelation med Swedbank. Om anmälan saknas skickar vi en avi som kan lösas in via Swedbanks

» Underskrift

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
------------------------	---------------

**Skicka handlingarna till:**

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

077-440 00 10