



### Vill du fylla i skadeanmälan digitalt?

Scanna QR-koden eller klicka på länken för att komma till formuläret. Klicka "[här](#)" för att ta dig direkt till formuläret.



### » För att vi ska kunna handlägga ditt ärende ber vi dig bifoga:

- Vidimerad kopia av ID-handling avseende den/de som begär utbetalning från försäkringen, se bilaga. Vid utbetalning till barn under 18 år behöver vi vidimerad ID-handling avseende förmyndaren.
- "Dödsfallsintyg och släktutredning" från Skatteverket.
- Kontobevis på överförmyndarspärret bankkonto vid utbetalning till barn under 18 år.

I de fall ovanstående underlag inte är tillräckliga för att handlägga ärendet, kan Euro Accident behöva inhämta kompletterande uppgifter.

### » Personuppgifter

Den avlidnes namn	Personnummer
Arbetsgivare	Den avlidnes anställningstid. Från (år-månad-dag) Till (år-månad-dag)
Den avlidnes ordinarie arbetstid <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltidstjänst med ordinarie arbetstid av	timmar per vecka.
Vid tiden för dödsfallet, var den avlidne frånvarande från arbetet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange från vilket datum den avlidne var frånvarande från arbetet (ÅÅMMDD)
Orsak till frånvaron från arbetet?	

### » Uppgifter om dödsfallet

Orsak till dödsfallet <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Dödsfallsdatum
Beskrivning av sjukdom/olycksfallshändelse som orsakat dödsfallet.	

### » Den avlidnes civilstånd

Gift/registrerad partner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ansökan om skilsmässa/upplösning av partnerskap lämnats till tingsrätten, ange datum:
Sambo <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange fr.o.m när:
Sambos personnummer	Sambos namn

### » Andra arvsberättigade

I egenskap av \_\_\_\_\_ försäkrar jag på heder och samvete:  
(ange släktskap/samhörighet med den avlidne)

Att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade.

Att ytterligare arvsberättigade, såvitt jag vet, finns.

Om ytterligare arvsberättigade finns, ange nedan:

Namn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Namn	Personnummer	Släktskap med den avlidne
Namn	Personnummer	Släktskap med den avlidne

### Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB

Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

### » Konto för utbetalning

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Anmäl därför, för respektive mottagare, 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 webbplats eller i vissa butiker. Utbetalning till barn under 18 år går inte via Swedbanks utbetalningssystem utan direkt till ett överförmyndarsparat bankkonto i barnets namn.

### » Annan försäkring

Finns det Tjänstegrupplivförsäkring i annat bolag?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, ange vilket/vilka:

### » Övriga upplysningar

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

### » Information om behandling av personuppgifter

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.

### » Underskrift

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att Euro Accident 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.

Namn-teckning	Namnförtydligande
Personnummer	Ort och datum (ÅÅMMDD)
Postnummer och ort	Utdelningsadress
Telefon	E-post

» Kopia av giltig legitimation

Plats nedan för kopia av ID-handling (körkort, pass eller bankernas och postens ID-kort).

**LÄGG DIN ID-HANDLING INOM DENNA RUTA OCH TA EN KOPIA**

» Denna fotokopia på ID-handling ska vidimeras av en person (kan inte vidimeras personligen av innehavaren av ID-handlingen)

Härmed vidimeras ovanstående kopia av ID-handling

<input type="text" value="Ort och datum"/>	<input type="text" value="Underskrift"/>
<input type="text" value="Namnförtydligande"/>	<input type="text" value="Postnummer och ort"/>
<input type="text" value="Gatuadress"/>	<input type="text" value="Telefonnummer dagtid"/>

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.

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

[www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se)

077-440 00 10