

Anmälan om dödsfall – barn

Grupp försäkring (Barnlivförsäkring och Barnförsäkring)

skandia:

Skadeanmälan är till för att underlätta och påskynda ärendets handläggning. Var därför noga när du fyller i anmälan. **Texta gärna. OBS! Glöm inte underskrift.** Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper. Glöm då inte att skriva barnets personnummer, namn och gruppavtal överst på pappret.

Blanketten skickas till:
Skandia
Dokumenthantering, R802
106 37 Stockholm
Telefon: 0771-55 55 00

Denna blankett samt registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg och Släktutredning" bifogas och skickas till Skandia.

Gå in på www.skandia.se/personuppgifter och läs om hur vi behandlar era personuppgifter.

1. Avtalsuppgifter

Arbetsgivarens/Förbundets/Föreningens namn		Gruppavtal nr
Utdelningsadress		Postnummer och ortnamn
Kontaktperson		
Telefon (även riktnr)		Mejladress

2. Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)	Personnummer
Medförsäkrads namn (ifylls om medförsäkrad har livförsäkring)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Telefon bostaden (även riktnr)	Mejladress

3. Försäkrat barn

Barnets namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Vem är barnets biologiska förälder/adoptivförälder?	
<input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad	

4. Uppgifter om dödsfallet

Dödsfallsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Om dödsorsaken är känd ange denna
Berodde dödsfallet på olycksfall?	Om ja, beskriv händelseförloppet
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om nej, när insjuknade barnet?	
Har vårdbidrag beviljats för barnet? Om ja, bifoga samtliga beslut från Försäkringskassan	Datum fr.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)



6723:10

6723:10

SID 1 (2)

Signatur

5. Utbetalning

Försäkringsbeloppet utbetalas till dödsboets bankkonto. Om kontonummer inte uppgivits sker utbetalningen genom bankgiro till den avlidnes dödsbo under ovanstående adress. Saknar barnet personnummer utbetalas försäkringsbeloppet till den försäkrade föräldern.

6. Dödsboets bank och kontonummer

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer

7. Underskrift (underskrift av gruppmedlem och/eller medförsäkrad)

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Jag samtycker till att Livförsäkringsbolaget Skandia ömsesidigt/Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) för bedömning av sitt ansvar, hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de upplysningar som Skandia anser nödvändiga.

Samtycket omfattar **inte** uppgifter om barnets hälsotillstånd.

Försäkrat barns namn	Personnummer	
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) 2 0	Gruppmedlemmens namnteckning	Namnförtydligande
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) 2 0	Medförsäkrads namnteckning	Namnförtydligande

8. Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående uppgifter lämnas av gruppföreträdaren (inte av försäkringstagaren).

Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid dödsfallet.

Grupplivförsäkring finns för:

<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	Anslutningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Premie betald t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	Anslutningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Premie betald t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Gruppmedlem ansluten till:

<input type="checkbox"/> Barnförsäkring (olycksfall och sjuk)	Anslutningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Premie betald t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Barnolycksfallsförsäkring	Anslutningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Premie betald t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Barnsjukförsäkring	Anslutningsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Premie betald t.o.m. (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Kommentarer		
Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) 2 0	Gruppföreträdarens underskrift	Namnförtydligande
Telefon (även riktnummer)	Mejladress	