



AXA  
Box 7439  
103 91 Stockholm

Tel 08-502 520 63  
Fax 08-502 520 64  
www.axapartners.se

## Skadeanmälan ICA Livförsäkring

Vänligen läs dessa instruktioner innan ni fyller i anmälningsblanketten.

### Steg 1: Viktig information:

- Observera att person/er som skriver under blanketten ska vara person/er som framgår på släktutredningen eller annan behörig person.
- För att ersättning ska kunna beviljas kan det enligt försäkringsvillkoren finnas krav på bland annat att den försäkrade var fullt frisk vid försäkringens tecknande samt inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården eller fått medicinerings för en kronisk eller återkommande sjukdom under 12 månader närmast före försäkringens tecknande. Dessa krav framgår av försäkringsvillkoren.

**Försäkringsbrev skickades till den försäkrade i samband med försäkringens tecknande. För att ta del av fullständiga villkor ber vi er att kontakta ICA Försäkring.**

### Steg 2: Fyll i blanketten:

- Fyll i alla uppgifter i blanketten – vi behöver all information för att kunna handlägga ärendet så snabbt som möjligt.
- Bifoga samtliga handlingar som efterfrågas.
- Skriv under blanketten – vi kan inte handlägga ärendet utan underskrift.

### Steg 3: Underlag att bifoga:

- Släktutredning från Skatteverket. Dödsbodelägarna är de som är behöriga att underteckna denna skadeanmälan. Om inte alla dödsbodelägare undertecknar denna skadeanmälan ska det bifogas en fullmakt från den eller de övriga som visar att den eller de som undertecknar har rätt att göra det för dödsboets räkning. Om annan än dödsbodelägare undertecknar denna skadeanmälan, tex en begravningsbyrå, ska den fullmakten bifogas. Om annan behörig person som ej framgår på släktutredning undertecknar denna skadeanmälan, ska kopia på tingsrättens förordnande bifogas.
- Dödsorsaksintyg där dödsorsaken framgår. Intyget utfärdas av läkare/mottagning där den avlidne vårdats.
- Läkarylåtande som styrker att den avlidne:
  - före försäkringens tecknande aldrig fått behandling för: stroke/TIA någon form av cancer, leukemi eller tumör, någon form av transplantation, hjärt-/kärlsjukdom, immunbristsjukdom, nedsatt njurfunktion eller diabetes.
  - inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården eller fått medicinerings för en kronisk eller återkommande sjukdom under 12 månader närmast före försäkringens tecknande.
- Bifogad fullmakt som ger AXA möjlighet att kontakta Försäkringskassan samt arbetsgivare.

**Vänligen sänd in alla dokument tillsammans för att vi ska kunna handlägga och återkomma med besked så snabbt som möjligt. Häfta inte ihop handlingarna.**

### Steg 4: Hur kan ni anmäla ärendet:

Ni har följande alternativ att anmäla ärendet till oss:

- Ni kan skicka anmälan till oss på följande adress: AXA, Box 7439, 103 91 Stockholm.
- Ni kan scanna och skicka via e-post till: [clp.se.kundservice@partners.axa](mailto:clp.se.kundservice@partners.axa)

### Steg 5: Vad händer sen?

När vi mottagit samtliga handlingar kommer vi att registrera ärendet och därefter att skicka ett skriftligt beslut.

- Vidare kommer AXA att hämta in nödvändig information från Försäkringskassan vid försäkringens tecknande.
- Om försäkringen kan lämna ersättning kommer vi att informera företrädaren av dödsboet om belopp, vart och när ersättningen utbetalas per post.
- Om försäkringen inte kan lämna ersättning kommer vi att meddela anledningen till företrädaren av dödsboet per post.

## Skadeanmälan ICA Livförsäkring:

### Skadeanmälan avser:

För- och efternamn (dödsbo):

Personnummer (dödsbo):

### Försäkringsuppgifter:

Vänligen ange försäkringsnummer. Försäkringsnummer finns i det försäkringsbrev som skickats vid försäkringens tecknande. Vänligen kontakta ICA Försäkring om ni inte har tillgång till försäkringsbrevet.

Försäkringsnummer:

### Dödsorsak:

Dödsorsak:

Vilket datum avled den försäkrade:

Vid dödsfall p.g.a. sjukdomsfall,  
när konstaterades diagnosen:

### Uppgifter om boutredningsman/dödsboansvarig:

Namn:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

Telefon (dagtid):

Telefon (mobil):

### Kontouppgifter tillhörande förmånstagare för betalning:

Fyll i bankuppgifter och kontonummer tillhörande förmånstagaren. Vänligen bifoga ett kontobevis som styrker att bankkontot tillhör förmånstagaren.

Bank:

Clearingnummer:

Kontonummer:

## Godkännande och samtycke:

Dödsboet (nedan även kallat "vi" eller "ni") ansöker härmed om utbetalning av försäkringsersättningen enligt försäkringsvillkoren. Vi försäkrar att uppgifterna som lämnats i denna skadeanmälan är riktiga. Vi förstår att försäkringsgivaren kan kräva återbetalning från dödsboet om vi har lämnat felaktig information. Vi ger försäkringsgivarna AXA France IARD Sweden filial och AXA France Vie Sweden filial (bägge under namnet AXA) fullmakt och samtycke till att för dödsboets räkning begära och erhålla information från Försäkringskassan, fackförbund och arbetsgivare som skäligen kan behövas vid bedömningen av skadeanmälan. Om AXA skall begära hälsorelaterad information direkt från läkare och vårdinrättningar skall vi dock ges möjlighet att först ta ställning till detta och eventuellt lämna en särskild fullmakt. Vi förstår att vi på begäran ska sända de handlingar till AXA som kan krävas för bedömningen av skadeanmälan. Vi förstår och samtycker till att all information i detta ärende kommer att lagras på datamedia om det är nödvändigt för behandlingen av skadeanmälan och kommer att användas för att AXA och eventuellt andra bolag inom AXA-koncernen inom och utom EU och EES skall kunna behandla skadeanmälan. Om det förekommer fel i uppgifter och om ni vill att dessa skall rättas kan ni skriftligen lämna in en sådan begäran till AXA.

Dödsboet försäkrar härmed att de uppgifter som lämnats i skadeanmälan är riktiga och att dödsboet har läst och förstått ovan godkännande och samtycke. Vänligen bekräfta dödsboets försäkran, godkännande och samtycke genom att underteckna nedan. Om det finns fler dödsbodelägare kan samtliga underteckna nedan annars skall undertecknande dödsbodelägare ha fullmakt från de övriga för att underteckna för dödsboets räkning. Undertecknande kan även ske av annan än dödsbodelägare med fullmakt från samtliga dödsbodelägare eller av boutredningsman eller skiftesman utsedd av tingsrätt.

Datum:

Underskrift/er av behörig person/er som framgår på släktutredningen eller annan behörig person.

X

Namnförtydligande:

X

Dödsboet samtycker till att AXA får använda elektronisk kommunikation, såsom e-post, när personuppgifter sänds i detta ärende. Detta samtycke omfattar dock inte rätt att sända hälsorelaterad information och information om arbete elektroniskt mellan AXA och utomstående enheter.

För mer information kring AXAs sekretesspolicy ber vi er besöka <https://se.clp.partners.axa/home-se/sekretesspolicy>.

## Sänd in på ett av följande sätt:

**Post:**

AXA  
Box 7439  
103 91 Stockholm

**E-post:**

[clp.se.kundservice@partners.axa](mailto:clp.se.kundservice@partners.axa)



## Fullmakt

Härmed ges AXA fullmakt att för dödsboets räkning inhämta den information de anser nödvändig från Försäkringskassan och arbetsgivare.

### Skadeanmälan avser:

För- och efternamn (dödsbo):

Personnummer (dödsbo):  å  å  m  m  d  -

### Fullmäktig:

Försäkringsgivaren AXA France Vie Sweden filial, org. nr, 516411-5080

AXA  
Box 7439  
103 91 Stockholm

Tel: 08-502 520 63

### Fullmaktsgivarens underskrift:

För dödsboets räkning.  
Här skall behörig delägare/annan behörig företrädare för dödsboet underteckna.

För- och efternamn:

Gatuadress:

Postnummer:  Ort:  Telefon:

Datum:  d  d  m  m  å  å E-post:

Underskrift:

Namnförtydligande:

#### Om fler behöriga finnes:

För- och efternamn:

Datum:  d  d  m  m  å  å

Underskrift:

-----  
För- och efternamn:

Datum:  d  d  m  m  å  å

Underskrift:

-----  
För- och efternamn:

Datum:  d  d  m  m  å  å

Underskrift:

Vid fler behöriga, fyll i på baksidan av denna blankett.