

Börjar	Upphör
Slag	Skadenummer

PERSONUPPGIFTER Förmånstagaren fyller i

Den avlidnes efter- och förnamn	Personbeteckning
Dödsdag	Hemkommun
Förmånstagarens firma eller efter- och förnamn (se fullmakt på omstående sida)	FO-nummer eller personbeteckning
Utdelningsadress	
Postnummer och postkontor	Telefon
Försäkringstagarens firma (om annan än förmånstagaren)	FO-nummer
Utdelningsadress	
Postnummer och postkontor	Telefon hem/arbete /
Ort och datum	
Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande	

UPPGIFTER OM KREDITEN Kreditgivaren fyller i

Kreditgivarens namn		
Postadress	Postnummer och postkontor	
Kredit nr	Startdatum för kreditavtalet	Ursprungligt kreditbelopp
När har den senaste månadsbetalningen gjorts innan den försäkrade avlidit		
Ersättningen är det återstående kreditbeloppet och beräknas enligt kalkylen i bilagan till försäkringsansökan utgående från den försäkrades dödsdag. Försäkringsbolaget har uppgifterna och de behöver inte ges separat.		
Det IBAN-kontonummer som ersättningen betalas in på	Bankens BIC-kod	
Kontaktpersonens namn, telefon och e-postadress		
Ort och datum		
Eftersom livförsäkringsersättningen har pantsatts till bank, meddelar AXA också kreditgivaren om samtliga ersättningsbeslut och förbinder sig att betala in ersättningarna på det konto som ovan överenskommit.		

NÖDVÄNDIGA BILAGOR

- Dödsattest av vilken dödsorsaken framgår.
- Förmånstagarföretagets handelsregisterutdrag eller annan redogörelse, av vilken framgår firmateckningsrätt.
- Ämbetsbevis/släktutredning, av vilka framgår den försäkrade och den försäkrades nära anhöriga (make, barn och andra anhöriga) samt förmånstagararnas ämbetsbevis.
- På fullmakten på omstående sida, där förmånstagararna befullmäktigar sina representanter att ansöka om dödsfallsersättning och att komma överens med kreditgivaren om att använda ersättningen för återbetalning av krediten samt till vilket bankkonto ersättningen betalas in på.
- Företagets registerutdrag om förskottsuppbörd.

FULLMAKT OCH BEFULLMÄKTIGANDE Förmånstagararna fyller i

Jag undertecknad förmånstagarare befullmäktigar/vi undertecknade förmånstagarare befullmäktigar härmed

(den befullmäktigades namn inskrivs på det tomma stället)

på mina vägnar/på våra vägnar att ansöka och ta ut

(den försäkrades namn inskrivs på det tomma stället)

den försäkringsersättning som tillkommer förmånstagararna och som betalas utgående från den livförsäkring som försäkringsbolaget Financial Assurance Company Limited har beviljat. Samtidigt befullmäktigar jag/vi personen att använda försäkringsersättningen för återbetalning av den kredit som beviljats den försäkrade.

Kreditens nummer

Det IBAN-kontonummer som ersättningen betalas in på (överenskomms med kreditgivaren)

Bankens BIC-kod

BEFULLMÄKTIGANDE

Jag/vi befullmäktigar AXA för handläggning av denna ersättningsansökan att be om och ta emot uppgifter om den försäkrades hälsa samt andra nödvändiga uppgifter från Folkpensionsanstalten, av läkare, sjukhus, hälsocentraler, mentalvårdsbyråer som undersökt och behandlat den försäkrade samt av försäkringsbolag, skattemyndigheter och kreditgivare

Ort och datum

FÖRMÅNSTAGARNAS UNDERSKRIFTER

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Vi ber att ni sänder ersättningsansökan jämte bilagor under adress:

AXA / Ersättningstjänster
PB 67, 00501 Helsingfors

Mer information om handläggningen av ersättningar får ni genom servicenummer 010 802 841