

### Personuppgifter, försäkringstagarens uppgifter och förmånstagarens uppgifter

|                                                                                                                                                 |            |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------|
| Den avlidnas namn                                                                                                                               |            | Den avlidnas personbeteckning                    |
| Den avlidnas dödsdag                                                                                                                            |            |                                                  |
| Företagets namn                                                                                                                                 |            | FO-nummer                                        |
| Adress                                                                                                                                          | Postnummer | Postkontor                                       |
|                                                                                                                                                 |            | Telefon                                          |
| Den förmånstagarens uppgifter<br><input type="checkbox"/> Företag, namn<br><input type="checkbox"/> Nära anhöriga/antingen förmånstagaren, namn |            | Förmånstagarens FO-nummer eller personbeteckning |
| Den befullmäktigades adress (förmånstagare eller befullmäktigad person)                                                                         |            | Postnummer                                       |
|                                                                                                                                                 |            | Postkontor                                       |
|                                                                                                                                                 |            | Telefon                                          |
| Datum och ort                                                                                                                                   |            |                                                  |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande                                                                                               |            |                                                  |

### Uppgifter om krediten (kreditgivaren fyller i)

|                                                                                                                                                                                |                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| Andelsbankens namn                                                                                                                                                             |                                                          | FO-nummer  |
| Adress                                                                                                                                                                         | Postnummer                                               | Postkontor |
| Den försäkrade kreditens nummer                                                                                                                                                | Startdatum för kreditavtalet                             |            |
| Fanns det obetalda månadsbetalningar innan den försäkrade avled?<br><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många delbetalningar?                        | Saldot i krediten omedelbart innan den försäkrade avled? |            |
| Återbetalningsskyddet ersätter det återstående försäkringsbeloppet på dödsdagen i enlighet med den kalkyl som bifogats försäkringsansökan.                                     |                                                          |            |
| IBAN-bankkontonummer i Andelsbanken<br>FI                                                                                                                                      |                                                          |            |
| Banktjänstemannens namn, telefon och e-postadress                                                                                                                              |                                                          |            |
| Datum och ort                                                                                                                                                                  |                                                          |            |
| AXA handlägger ersättningsansökan och meddelar kreditgivaren om samtliga ersättningsbeslut och förbinder sig att betala in ersättningarna på det konto som ovan överenskommit. |                                                          |            |

## Fullmakt och befullmäktigande

### Uppgifter om den försäkrade

|      |                  |
|------|------------------|
| Namn | Personbeteckning |
|------|------------------|

### Fullmakt för skötseln av ersättningsärendet, om det finns flera förmånstagare för försäkringen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Den befullmäktigades namn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Personbeteckning |
| <input type="checkbox"/> Jag/Vi befullmäktigar ovan nämnda person att ansöka om och ta ut den försäkringsersättning som tillkommer förmånstagarna, och som på basis av den livförsäkring som AXA och OP-Livförsäkrings Ab beviljat betalas in på det kontonummer som nämns i ersättningsansökan. Samtidigt befullmäktigar jag/vi personen att använda försäkringsersättningen för återbetalning av den kredit som beviljats den försäkrade. |                  |

### Förmånstagarnas underskrifter (Vårdnadshavaren ska underteckna på en minderårig förmånstagares vägnar)

|                                                   |                  |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |
| Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande | Personbeteckning |

### Fullmakt för att reda ut de uppgifter som behövs

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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, skattebyråer, läkare, sjukhus, hälsocentraler, mentalvårdsbyråer, försäkringsbolag och kreditgivare.<br><br>AXA underrättar kreditgivaren om betalning av ersättning samt om negativa ersättningsbeslut och förbinder sig att betala ersättningen endast till det konto som avtalats i blanketten för ersättningsansökan.<br><br>AXA behandlar personlig information i enlighet med lagen och bestämmelsen för sekretesspolicy. AXAs sekretesspolicy och annan information om sekretesspolicy hittas från adressen <a href="http://clp.partners.axa/fi/sekretesspolicy">clp.partners.axa/fi/sekretesspolicy</a> .<br><br>Av det här befullmäktigandet får tas kopior.<br><br>En fullmakt ska undertecknas av antingen en person med fullmakt ovan eller, om förmånstagare är endast en, av den aktuella personen. |
| Personbeteckning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Datum och ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Underskrift och namnförtydligande                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### Bilagor till ersättningsansökan

Kontrollera innan du sänder ersättningsansökan följande:

- Alla punkter i ersättningsansökan har ifyllts.
- Ersättningsansökan har undertecknats.

Följande bilagor (kopior) har fogats till ansökan

- Dödsattest/utlåtande om dödsorsak, av vilken dödsorsaken framgår.
- En kopia av bouppteckningen eller släktutredning för bouppteckningen eller en oavbruten kedja av ämbetsbevis från det ögonblick den försäkrade fyllt 15 år, av vilka framgår den försäkrade och den försäkrades anhöriga.
- Ämbetsbetyg för förmånstagarna.
- Förmånstagarföretagets handelsregisterutdrag eller annan redogörelse, av vilken framgår firmateckningsrätt.
- Företagets registerutdrag om förskottsuppbörd.
- På fullmakten där förmånstagarna befullmäktigar sin representant 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.

Vänligen observera följande:

- 1 Ersättningshandläggningen kan inledas när alla ovan nämnda bilagor till den undertecknade ersättningsansökan har sänts. Om vi inte kan fatta beslut utifrån de handlingar som sänts, ber vi om nödvändig tilläggsinformation och informerar dig i ärendet.
- 2 Observera att vi inte returnerar handlingar i original. Vi rekommenderar att du sänder kopior till vårt bolag.
- 3 Mer information om hur du ansöker om ersättning får du genom AXAs försäkrings- och ersättningstjänst på tfn 010 802 842 eller per e-post [asiakaspalvelu@partners.axa](mailto:asiakaspalvelu@partners.axa).
- 4 Vi ber att du sänder ersättningsansökan jämte bilagor under adress:  
AXA/Ersättningstjänst, PB 67, 00501 Helsingfors

**AXA / Asiakaspalvelu, PB 67, 00501 Helsingfors**

[asiakaspalvelu@partners.axa](mailto:asiakaspalvelu@partners.axa)

Servicenummer 010 802 842