

Nordea Livförsäkring Finland Ab /  
Nordea Försäkring Finland Ab  
Försäkringstjänster/Ersättningsansökan  
5009665-2478  
00006 SVARSFÖRSÄNDELSE  
Förmänstagare

### Grunduppgifter

Den försäkrades namn  
Personbeteckning Försäkringsnummer

Förmänstagares namn Personbeteckning  
Adress Postnummer Postanstalt  
Telefonnummer

### Betalning av ersättning

Bankkontonummer (IBAN- och SWIFT-koden)

### Ersättningslag

Dödsfallsersättning  Bestående arbetsförmåga  Allvarlig sjukdom  
 Bestående men till följd av olycksfall  Bestående arbetsförmåga till följd av olycksfall

### Släktskapsrelationen mellan förmänstagaren och den försäkrade (vid ansökan om dödsfallsersättning)

Nära anhörig  Maka/make  Ingen nära anhörig  
 Jag använder tjänsten MyLife Go

### Behandling av personuppgifter

Nordea Bank Abp, Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab kan utbyta uppgifter som behövs för hanteringen av försäkringen och kundförhållandet.

### Samtycke

Jag samtycker till att Nordea Försäkring Finland Ab och Nordea Livförsäkring Finland Ab kan utbyta särskilda kategorier av personuppgifter, såsom uppgifter om hälsotillstånd, som behövs för handläggningen av ett ersättningsärende och skötseln av kundrelationen.

### Fullmakt (gäller den försäkrade som ansöker om ersättning)

Jag ger Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab fullmakt att för att behandla denna ansökan och eventuella ersättningsärenden be om personuppgifter som gäller mitt hälsotillstånd av läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, företagshälsovårdsenheter, psykiatriska kliniker, privata sjukvårdsanstalter och enheter i socialvården som undersökt och vårdat mig och av andra försäkringsbolag samt försäkrings- och pensionsanstalter. Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab kan lämna specificerade uppgifter om mitt hälsotillstånd och min försäkring till parterna ovan för att inhämta nödvändiga uppgifter. I fråga om Folkpensionsanstaltens uppgifter gäller fullmakten endast de uppgifter som behandlingen av ersättningsärendet kräver.

Jag ger fullmakten ovan och försäkrar att de uppgifter jag gett i denna utredning är riktiga.

### Underskrifter

Ort och datum

Förmänstagarens underskrift och namnförtydligande (båda värnadsnavarna till en minderårig förmänstagare)

### Nödvändiga bilagor till ersättningsansökan. Det räcker med ett exemplar av kopior även om ersättning skulle sökas med stöd av flera olika försäkringar. Vi returnerar inte dokumenten i original.

- En kopia av identitetshandlingen (pass, ID-kort, körkort) av den som undertecknat ansökan. Om du saknar finsk identitetshandling behöver vi en kopia av ditt pass eller annat resedokument.

### Allvarlig sjukdom, bestående arbetsförmåga eller bestående men eller bestående arbetsförmåga till följd av olycksfall

- Läkarutlåtande B eller annat motsvarande läkarutlåtande eller kopia av patientjournal där försäkringsfallet kan konstateras.

### Dödsfall

- Den försäkrades släktutredning (oavbruten kedja av ämbetsbevis från 15 års ålder) och/eller övriga bilagor enligt förmänstagarförordnandet.
- Dödsattest