

Skadeanmälan

Dödsfall



1- Försäkringstagare

Försäkringsnummer:

Namn: Efternamn:
Personnummer: Telefon / Mobil:
Adress:
.....
Födelseort: E-Mail:

2- Förmånstagare

Namn: Efternamn:
Personnummer: Telefon / Mobil:
Adress:
.....
Födelseort E-Mail:

Var god läs igenom checklistan för övriga dokument.

Uppgifter om kontaktperson (om annan än förmånstagaren)

3- Generella frågor om skadeanmälan

Har du tidigare gjort en skadeanmälan till CIGNA? Ja Nej

Om ja, var god ange datum, anledning och skadenummer:

Kommer skadeanmälan att göras till annat försäkringsbolag? Ja Nej

Om ja, var god ange försäkringsbolag, försäkringsnummer och skadenummer:

4- Dödsfallet (Var god bifoga dödsfallsintyg och eventuella journalutdrag)

När avled den försäkrade? Var avled den försäkrade?

Hur gick dödsfallet till? (vid olycksfall, ange en fullständig beskrivning av olycksfallet som ledde till dödsfallet)

Ange namn, adress och telefonnummer till den försäkrades läkare

Har ärendet rapporterats till polisen? Om ja, var god bifoga polisrapport eller en vidimerad kopia av denna.

Om det pågår det någon rättsundersökning kring dödsfallet, var god ange kontaktuppgifter för den rättsliga instansen.

5- Bankuppgifter

Kontohavare

Bank

Kontonummer (inklusive clearingnummer)

SWIFT-adress IBAN-nummer

6- Checklista

Vänligen bifoga följande dokument:

- Dödsorsaksintyg som anger orsaken till dödsfallet
- Dödsbevis
- Polisrapport eller en vidimerad kopia av denna vid dödsfall på grund av olycksfall
- Journalutdrag (om tidigare sjukhusvistelse förekommit)
- Intyg som visar att du är den legala arvstagaren eller förmånstagaren
- Övrig upplysningar (läkarrapporter m.m) som kan vara användbara för CIGNA vid skadebedömningen

Skadeanmälan skickas till

CIGNA International
PO Box 306
202 29 Malmö

Övriga uppgifter:

7- Skydd av personuppgifter

Personuppgifter som försäkringstagaren, den försäkrade, förmånstagare eller företrädare för någon av dessa uppger till försäkringsgivaren ("Personuppgifter") kommer att inkluderas i en Personuppgiftsdatas, som kontrolleras av och vars ägare är CIGNA Life Insurance Company of Europe S.A.- N.V. Filialen i Spanien (CIGNA), för följande ändamål: fullständig administration av den tecknade försäkringen, förhindrande och undersökning av bedrägeribrott, genomförande av marknadsundersökningar och för att erbjuda försäkringar och/eller sociala/hälso- och välfärdstjänster som tillhandahålls av försäkringsgivaren eller andra företag inom koncernen och till vilka personuppgifter kan överlåtas.

Härmed är försäkringstagaren, den försäkrade och i vad det angår förmånstagarna samt företrädare för någon av dessa vederbörligen informerade och de ger uttryckligen sitt samtycke till att CIGNA utger och/eller överför deras personuppgifter till de personer som handhar berörda försäkringar. Däri inkluderas återförsäkrande enheter eller medförsäkrare och andra enheter involverade i administrationen och insamlandet av försäkringspremierna genom olika betalningssätt, för ändamålen enligt ovan. Där inkluderas även företag som har sitt säte i länder som USA och där nivån av personuppgiftsskydd inte är likartad. I alla fall när det så begärs kommer CIGNA att tillhandahålla de ovannämnda personerna en uppdaterad lista med de enheter som kommer att ha tillgång till deras personuppgifter. CIGNA, ovannämnda enheter eller företaget inom koncernen kan använda personuppgifterna under en period av sex (6) månader efter det att försäkringen har blivit uppsagd för ändamål som att säkerställa skälen för uppsägning, erbjudanden av andra produkter och administration av eventuella köp av dessa nya produkter. Om du inte vill att dina personuppgifter används för dessa ändamål efter uppsägning av försäkringen var god kontakta CIGNA på ett sådant sätt att identiteten kan säkerställas, t ex genom ett brev med kopia av id-handling.

Försäkringstagaren, den försäkrade och i vad det angår förmånstagarna samt företrädare för någon av dessa kan när som helst använda sin rätt att ta del av, ändra, säga upp och bemöta dessa sina personuppgifter i enlighet med lagstiftningen angående personuppgifter. Detta genom att kontakta, på ett sådant sätt att identiteten kan säkerställas (t ex genom ett brev med kopia av id-handling); CIGNA International, PO Box 306, 202 29 Malmö.

Angående personuppgifter som ingår i försäkringen gällande annan person än försäkringstagaren, åligger det denne att informera dessa personer om att deras person-uppgifter finns i ovannämnda databas, så väl som rörande andra angelägenheter nämnda i detta avsnitt gällande personuppgiftsskydd.

8- Underskrift

"Den undertecknade intygar härmed att all information som ges är enligt dennes kännedom fullständig, sanningsenlig och korrekt. Den undertecknade är därmed medveten om, att i de fall då olika falska uppgifter lämnats och som gjorts i samband med tecknandet av denna försäkring hos CIGNA, alla rättigheter kan komma att upphävas eller reduceras beroende på naturen av den givna informationen och de oriktiga uppgifterna.

Den undertecknade auktoriserar på samma gång CIGNA International och/ eller annat företag som representerar det senare, i vad som är relevant för försäkringen, att undersöka och få ut information som anses vara nödvändig och som har betydelse för försäkringen från relevant källa, speciellt från företag där den undertecknade har arbetat.

I synnerhet ger den undertecknade sitt medgivande och uttryckliga tillåtelse till försäkringsbolaget CIGNA att erhålla relevant medicinsk information för bedömning eller övervägande av alla slags anspråk under försäkringen, från alla läkare och andra professionella som erbjudit sina tjänster under behandlingen, diagnosen eller rådgivningen av de olika sjukdomar som kan uppkomma."

Undertecknaren godkänner dessutom att en kopia av detta medgivande skall ha samma giltighet som originalet.

Namn: Underskrift: Datum:.....