

**ERSÄTTNINGSANSÖKAN VID DÖDSFALL**

		Försäkringsnummer
<b>UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN</b>	Försäkringstagare	Personbeteckning/FO-nummer
	Den försäkrade	Personbeteckning
	Dödsorsak (bifoga kopia på dödsattesten om ersättningen grundar sig på livförsäkring)	Dödsdag

<b>UPPGIFTER OM SÖKADEN</b>	Namn	Personbeteckning/FO-nummer
	Gatuadress	Telefon
	Postnummer och -anstalt	
	IBAN-kontonummer	
	Underskrift och namnförtydligande	

Fyll i uppgifter om förmänstagare här om försäkringsersättning utbetalas separat till varje förmänstagare.

<b>UPPGIFTER OM FÖRMÄNS-TAGARNA</b>	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
	Gatuadress	IBAN-kontonummer
	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
	Gatuadress	IBAN-kontonummer
	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
	Gatuadress	IBAN-kontonummer

Om den sökande ges fullmakt att ta ut hela försäkringsersättningen på förmänstagarnas vägnar, fyll i uppgifter om förmänstagarna här.

<b>FULLMAKT</b>	Vi/jag befullmäktigar den sökande (namn och personbeteckning)	
	_____	
	att ta ut den dödsfallsersättning som Försäkringsaktiebolaget Fennia Liv betalar.	
	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
	Gatuadress	Underskrift
	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
	Gatuadress	Underskrift
	Förmänstagarens namn	Personbeteckning
Gatuadress	Underskrift	

<b>BILAGOR</b>	Den försäkrades släktutredning (till bouppteckningen bifogad oavbruten kedja av ämbetsbetyg från 15 års ålder), om förmänstagare är de anhöriga eller barn Kopia av dödsattesten (om ersättningen grundar sig på livförsäkring) Ämbetsbetygskopior av förmänstagarna
----------------	--