

Dödsersättningsansökan

Mottagare Fennia Livförsäkring Ab PB 6001 02066 Docuscan	Försäkrings nummer/Lånets nummer		
Den försäkrade	Namn	Personsignum	Dödsdag
Kreditavtalets uppgifter (kreditgivaren fyller i)	Lånets beviljningsdag	Lånetid, mån.	
	Lånebelopp vid tidpunkten för händelsen	IBAN-bankkontonummer	
	Namn och kontaktuppgifter på banken som beviljat lånet	FO-nummer	
	Bankens kontaktperson och e-postadress		
Förmånstagarens uppgifter	Namn		Personsignum
	Adress, postnummer och postanstalt		
	E-postadress		Telefonnummer
	Födelseland		Nationalitet/nationaliteter
	Förmånstagaren är den försäkrades nära anhörig ¹⁾ ☐ Ja ☐ Nej		
Skattskyldig i Förenta staterna FATCA eller i andra länder CRS/ DAC2 ²⁾	Är du medborgare i Förenta staterna eller skattskyldig i Förenta staterna? ☐ Nej ☐ Ja Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____		
	Är du skattskyldig annanstans än i Finland? ☐ Nej ☐ Ja Beskattningsland: _____ Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____		
	Jag förbinder mig att meddela om alla förändringar i omständigheterna, som inverkar på de angivna uppgifterna		
	Utredning av det politiska inflytandet ³⁾	Har du själv eller någon av dina närstående verkat i en betydande offentlig uppgift under det senaste året? ☐ Nej ☐ Ja	
		Vem har verkat i uppgiften och dennes släktskaps-/partnerskapsförhållande till dig?	
		I vilken uppgift?	I vilken stat?
	IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod
Underskrift	☐ Jag ger mitt samtycke till, att försäkringsgivarna och banken får överlåta åt varandra för skötsel av försäkringsavtalet och ersättningsärende nödvändiga personuppgifter om mig samt uppgifter som berör försäkrings- och kreditavtalet. Datum och förmånstagarens underskrift och namnförtydligande		
Verifiering av förmånstagare ⁴⁾ (kreditgivaren fyller i)	Bankens kontaktperson, som har identifierat och verifierat kunden. Kontaktpersonens e-postadress.		

Förmånstagarens uppgifter	Namn		Personsignum	
	Adress, postnummer och postanstalt			
	E-postadress		Telefonnummer	
	Födelseland		Nationalitet/nationaliteter	
	Förmånstagaren är den försäkrades nära anhörig ¹⁾ ☐ Ja ☐ Nej			
Skattskyldig i Förenta staterna FATCA eller i andra länder CRS/DAC2 ²⁾	Är du medborgare i Förenta staterna eller skattskyldig i Förenta staterna? ☐ Nej ☐ Ja Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____			
	Är du skattskyldig annanstans än i Finland? ☐ Nej ☐ Ja Beskattningsland: _____ Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____			
	Jag förbinder mig att meddela om alla förändringar i omständigheterna, som inverkar på de angivna uppgifterna			
	Utredning av det politiska inflytandet ³⁾	Har du själv eller någon av dina närstående verkat i en betydande offentlig uppgift under det senaste året? ☐ Nej ☐ Ja		
		Vem har verkat i uppgiften och dennes släktskaps-/partnerskapsförhållande till dig?		
		I vilken uppgift?		I vilken stat?
	IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod	
Underskrift	☐ Jag ger mitt samtycke till, att försäkringsgivarna och banken får överlåta åt varandra för skötsel av försäkringsavtalet och ersättningsärende nödvändiga personuppgifter om mig samt uppgifter som berör försäkrings- och kreditavtalet. Datum och förmånstagarens underskrift och namnförtydligande			
Verifiering av förmånstagare ⁴⁾ (kreditgivaren fyller i)	Bankens kontaktperson, som har identifierat och verifierat kunden. Kontaktpersonens e-postadress.			

Förmånstagarens uppgifter	Namn		Personsignum	
	Adress, postnummer och postanstalt			
	E-postadress		Telefonnummer	
	Födelseland		Nationalitet/nationaliteter	
	Förmånstagaren är den försäkrades nära anhörig ¹⁾ ☐ Ja ☐ Nej			
Skattskyldig i Förenta staterna FATCA eller i andra länder CRS/DAC2 ²⁾	Är du medborgare i Förenta staterna eller skattskyldig i Förenta staterna? ☐ Nej ☐ Ja Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____			
	Är du skattskyldig annanstans än i Finland? ☐ Nej ☐ Ja Beskattningsland: _____ Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____			
	Jag förbinder mig att meddela om alla förändringar i omständigheterna, som inverkar på de angivna uppgifterna			
	Utredning av det politiska inflytandet ³⁾	Har du själv eller någon av dina närstående verkat i en betydande offentlig uppgift under det senaste året? ☐ Nej ☐ Ja		
		Vem har verkat i uppgiften och dennes släktskaps-/partnerskapsförhållande till dig?		
		I vilken uppgift?		I vilken stat?
	IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod	
Underskrift	☐ Jag ger mitt samtycke till, att försäkringsgivarna och banken får överlåta åt varandra för skötsel av försäkringsavtalet och ersättningsärende nödvändiga personuppgifter om mig samt uppgifter som berör försäkrings- och kreditavtalet. Datum och förmånstagarens underskrift och namnförtydligande			
Verifiering av förmånstagare ⁴⁾ (kreditgivaren fyller i)	Bankens kontaktperson, som har identifierat och verifierat kunden. Kontaktpersonens e-postadress.			

Förmånstagarens uppgifter	Namn	Personsignum
	Adress, postnummer och postanstalt	
	E-postadress	Telefonnummer
	Födelseland	Nationalitet/nationaliteter
	Förmånstagaren är den försäkrades nära anhörig ¹⁾ ☐ Ja ☐ Nej	
	Är du medborgare i Förenta staterna eller skattskyldig i Förenta staterna? ☐ Nej ☐ Ja Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____	
	Är du skattskyldig annanstans än i Finland? ☐ Nej ☐ Ja Beskattningsland: _____ Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____	
	Jag förbinder mig att meddela om alla förändringar i omständigheterna, som inverkar på de angivna uppgifterna	
	Utredning av det politiska inflytandet ³⁾	Har du själv eller någon av dina närstående verkat i en betydande offentlig uppgift under det senaste året? ☐ Nej ☐ Ja
	Vem har verkat i uppgiften och dennes släktskaps-/partnerskapsförhållande till dig?	
	I vilken uppgift?	I vilken stat?
IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod
Underskrift	☐ Jag ger mitt samtycke till, att försäkringsgivarna och banken får överlåta åt varandra för skötsel av försäkringsavtalet och ersättningsärende nödvändiga personuppgifter om mig samt uppgifter som berör försäkrings- och kreditavtalet. Datum och förmånstagarens underskrift och namnförtydligande	
Verifiering av förmånstagare ⁴⁾ (kreditgivaren fyller i)	Bankens kontaktperson, som har identifierat och verifierat kunden. Kontaktpersonens e-postadress.	

Underskrift	Ort och datum Underskrift av den som söker ersättningsärendet och namnförttygligande samt telefonnummer
--------------------	---

Anvisningar för ifyllande av ersättningsansökan

När man ansöker om dödsfallsersättning ges uppgifter både om den försäkrade och förmånstagare. Utöver ersättningsansökan behövs nedan nämnda utredningar.

Bilagorna

- En officiell utredning över dödsorsaken eller polisens undersökningsanmälan eller förundersökningprotokoll.
- Den försäkrades oavbrutna släktutredning från cirka 15 års ålder (behövs, om förmånstagarförordnandet är t.ex. anhöriga eller annatförordnande, där förmånstagare har fastställts på basen av släktskap). Med släktutredning avses kedjan av ämbetsbevis som utfärdats av befolkningsregistermyndighet (församlig eller magistrat) i den avlidnes sista och alla tidigare hemorter, där det bl.a. framgår den avlidnes närmaste anhöriga.
- Ämbetsbevis som påvisar släktskapet eller kopia (behövs ifall en namngiven förmånstagare är nära anhörig).
- Kopia av bouppteckningsinstrumentet behövs, om förmånstagarförordnandet är dödsbo
- Saldointyg

Lämna in ersättningsansökningsblanketten med ovan nämnda utredningar till banken där lånet beviljats. Banken bifogar uppgifter om lånet och försäkringen till ansökan och skickar ärendet för behandling till försäkringsbolaget.

Ersättningens belopp

Ersättningsbeloppet är andelen av lånekapitalet enligt försäkringsavtalet. Enligt förpantningsavtalet som hör till försäkringsavtalet betalas bankens fordran först från dödsfallsersättningen. Om ersättningsbeloppet är större än bankens fordran, betalas skillnaden som andelar enligt förmånstagarförordnandet till bankkonto som envar förmånstagare har meddelat. Om ersättning som minderårig eller annan omyndig erhåller skickas information till mottagarens hemorts förmynderskapsmyndighet.

- 1) Nära anhörig
Nära anhöriga är exempelvis make/maka, arvinge i rakt ned- eller uppstigande led (d.v.s barn, barnbarn, förälder eller far/morförälder), eller makens/makans barn.
- 2) FATCA är en förkortning för orden Foreign Account Tax Compliance Act, som är skattelagstiftning i Förenta staterna. Ändamålet med nämnda lagstiftning är att igenkänna personer som är skattskyldiga i Förenta staterna och deras finanskonton och tillgångar, som de förvaltar utanför Förenta staterna.

CRS är "Common Reporting Standard" publicerad av OECD, enligt vilkas bestämmelser länder som undertecknat avtalet (Competent Authority Agreement) mellan behöriga myndig heter, har förbundit sig att utbyta uppgifter gällande finanskonton.

- 3) Lagen om förhindrande av penningtvätt och finansiering av terrorism förutsätter att kredit- och finansieringsinstitut utreder, om förmånstagaren för liv- eller annan placeringsförsäkring är en politiskt inflytelserik person.

Med närstående avses en persons

- maka/make, partner som jämställs med maka/make (dock ej sambo), barn, barns maka/make eller partner som jämställs med maka/make (dock ej sambo), förälder;
- bolagspartner eller en person, som har annat nära affärsförhållande med en person eller dennes familjemedlem som verkar i en betydande offentlig tjänst.

En betydande offentlig tjänst betyder att verka som

- a) statsöverhuvud, regeringens huvudman, minister, vice- eller biträdande minister;
 - b) parlamentsmedlem;
 - c) medlem i politiska partiers styrande organ;
 - d) medlem i de högsta domstolarna, grundlagsdomstolen eller annan motsvarande rättsinstans, för vilkas beslut det inte annat än i undantagsfall kan ansökas om ändring;
 - e) medlem i det högsta beslutande organet som granskar revisionsdomstolen och statens kapitalförvaltning som motsvarar statens revisionsverk;
 - f) medlem i centralbankens direktion;
 - g) diplomat eller chargé d'affaires;
 - h) officer i försvarsmakten, som minst hör till generalitetet;
 - i) medlem i förvaltnings- lednings- eller övervakningsorgan i ett av staten helägt företag; eller
 - j) direktör, biträdande direktör eller styrelsemedlem i internationella samfund.
- 4) Penningtvättslagen förutsätter verifiering av försäkringserättningens förmånstagare med fysiskt personbevis eller med elektronisk identifieringstjänst.

Om kunden inte har identifierats i banken, skickar vi åt förmånstagaren en e-postlänk till verifieringstjänsten, som man loggar in till för att verifiera sin identitet.

Rådgivning

Fennia Livförsäkring Ab
Telefon 010 572 1001