

Skadeanmälan

Dödsfall

Skadenummer (fylls i av Chubb)

Försäkringstagare

Försäkringsnummer

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress	E-mailadress
Postnummer	Ort
Telefon arbete	Telefon bostad
Dödsboets kontonummer inklusive clearingnummer	Yrke/sysselsättning

Avliden person (om annan än försäkringstagaren)

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer	Ort
------------	-----

Händelseförlopp

När inträffade dödsfallet?	År	Mån	Dag	Klockan	Plats
Ange orsaken till dödsfallet.					

Chubb. Insured.SM

Chubb European Group SE, filial Sverige är registrerat i Bolagsverkets näringslivsregister med organisationsnummer 516403-5601 och har besöksadress Birger Jarlsgatan 43, 111 45 Stockholm. Chubb European Group SE är ett försäkringsföretag reglerat av bestämmelserna i den franska försäkringslagen med organisationsnummer 450 327 374 RCS Nanterre och följande adress: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrike. Chubb European Group SE har ett till fullo betalt aktiekapital på 896 176 662 C och står under tillsyn av Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Den svenska filialen står även under tillsyn av Finansinspektionen.

Vi använder personuppgifter som du förser oss med för underwriting, administrering av försäkringsavtal, skadereglering och andra försäkringsrelaterade syften, som ytterligare beskrivs i vår Personuppgiftspolicy, tillgänglig på <https://www.chubbforsakringar.se/chubbs-personuppgiftspolicy/> eller genom att söka på Personuppgiftspolicy på <https://www.chubbforsakringar.se>. Du kan begära en papperskopia av Personuppgiftspolicyn när som helst, genom att kontakta oss på dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Övriga försäkringar

Berörs andra försäkringar av det inträffade?

☐ Ja, i
försäkringsbolaget

Försäkringsnummer

☐ Nej

Har anmälan gjorts även till annat försäkringsbolag?

☐ Ja, till
försäkringsbolaget

Skadenummer

☐ Nej

Noteringar**Bilagor som skall bifogas anmälan**

- ☐ Dödsorsaksintyg, underskriven av en läkare
- ☐ Polisrapport vid vissa olyckshändelser/trafikolyckor och liknande
- ☐ Dödsfallsattest med släktutredning från skattemyndigheten
- ☐ Dödsboförvaltare

Underskrift

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort _____ Datum _____

Underskrift

Dödsboets
företrädare

Telefon dagtid

Namnför-
tydligande

Anmälan skickas till

Chubb European Group SE
Box 868, 101 37 Stockholm
Tel 08-692 54 20, Fax 08-692 54 10
Skador@chubb.com