# Dödsfallsanmälan (Kapitalförsäkring)

Nordnet

Denna handling ifylls av anhörig eller annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden och ska alltid undertecknas och insändas till Nordnet Pensionsförsäkring AB tillsammans med av Skatteverket utfärdat dödsfallsintyg och släktutredning.

| Försäkringsnummer |
|---|
| Depånummer |

| Försäkrings-tagare/ försäkrad | Den avlidnes namn (tilltalsnamn, efternamn) | Dödsfallsdatum (åå-mm-dd) | Personnummer |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Frågor till anhörig | |
|---|---|
| | **Måste besvaras om den avlidne var gift eller ingått registrerat partnerskap.**<br>Pågick vid dödsfallet mål om äktenskapsskillnad eller upplösning av registrerat partnerskap vid domstol? Ja ☐ Nej ☐ |
| | **Måste besvaras om den avlidne var ogift**<br>Sammanbodde den avlidne vid tidpunkten för dödsfallet med ogift person under äktenskapsliknande förhållanden? Ja ☐ Nej ☐<br>Om ja fr.o.m. när _____ /_____ (åå-mm). Komplettera med namn, adress och personnummer nedan. |

| Namn | Personnummer | E-postadress |
|---|---|---|
| | | |

| Utbetalningsadress | Postnummer | Ort |
|---|---|---|
| | | |

## Information om förmånstagarna

| Begäran om utbetalning (Jag vill att utbetalningen ska sättas in på nedanstående konto)<br><br>Utbetalningar från försäkringsdepån kan endast göras till ett svenskt konto. | Namn | Personnr | Medborgarskap | E-postadress |
|---|---|---|---|---|
| | Adress | Postnummer | Ort | Land |
| | Jag vill att pengarna sätts in på mitt kontonummer (inkl. clearing): | | | |
| | Ort | | Datum | |
| | Förmånstagarens underskrift | | Namnförtydligande | |

| Begäran om utbetalning (Jag vill att utbetalningen ska sättas in på nedanstående konto)<br><br>Utbetalningar från försäkringsdepån kan endast göras till ett svenskt konto. | Namn | Personnr | Medborgarskap | E-postadress |
|---|---|---|---|---|
| | Adress | Postnummer | Ort | Land |
| | Jag vill att pengarna sätts in på mitt kontonummer (inkl. clearing): | | | |
| | Ort | | Datum | |
| | Förmånstagarens underskrift | | Namnförtydligande | |

| Begäran om utbetalning (Jag vill att utbetalningen ska sättas in på nedanstående konto)<br><br>Utbetalningar från försäkringsdepån kan endast göras till ett svenskt konto. | Namn | Personnr | Medborgarskap | E-postadress |
|---|---|---|---|---|
| | Adress | Postnummer | Ort | Land |
| | Jag vill att pengarna sätts in på mitt kontonummer (inkl. clearing): | | | |
| | Ort | | Datum | |
| | Förmånstagarens underskrift | | Namnförtydligande | |



Nordnet Pensionsförsäkring AB Box 30068 104 25 Stockholm Tel: 010 583 30 00 Fax: 010 583 30 67
E-mail: pension@nordnet.se www.nordnet.se Org. nr. 516406-0286 Innehar F-skattsedel Styrelsens säte: Stockholm

# Dödsfallsanmälan (Kapitalförsäkring)

Nordnet

**Utbetalningsinformation**

- Om förmånstagaren är omyndig och utbetalande belopp är större än ett prisbasbelopp/år ska pengarna sättas in på ett överförmyndarspärrat konto.
- Utbetalning från Kapitalförsäkring sker skyndsamt till förmånstagare när Nordnet mottagit korrekta handlingar.
- Utbetalningar från försäkringsdepån kan endast göras till ett svenskt konto.

**Förmånstagarförordnande**

- Om den avlidne var försäkringens ägare och förmånstagare är insatt, fördelas försäkringsbeloppet enligt förmånstagarförordnandet. De uppgifter som efterfrågas behövs för att Nordnet Pensionsförsäkring AB ska kunna göra korrekt utbetalning enligt förordnandet.
- Finns det ingen giltig förmånstagare till Kapitalförsäkring ska likviden betalas ut till ett dödsbokonto.
- Om en förmånstagare dör eller avstår till sin del (helt eller delvis), går pengarna vidare till nästa person i tur enligt förordnandet.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Övriga frågor | Förmånstagare kan under vissa förutsättningar helt eller delvis avstå från försäkringsbeloppet till förmån för den närmaste berättigade förmånstagaren.<br>☐ Förmånstagaren önskar avstå, kontakt önskas. ☐ Övriga frågor, kontakt önskas. | | |
| | Namn på kontaktperson | Telefon | E-postadress |

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt samt försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa, Polismyndighet och Statistiska Centralbyrån) får lämna bolaget de upplysningar som bolaget behöver för bedömande av (mina) ersättningsanspråk.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Underskrift (dödsboets angelägenheter handhas av) | Namnteckning | | Datum |
| | Utbetalningsadress | Postnummer | Ort |
| | Släktskap eller annan samhörighet med den avlidne | Telefon | E-postadress |



Nordnet Pensionsförsäkring AB Box 30068 104 25 Stockholm Tel: 010 583 30 00 Fax: 010 583 30 67
E-mail: pension@nordnet.se www.nordnet.se Org. nr. 516406-0286 Innehar F-skattsedel Styrelsens säte: Stockholm