

**ANSÖKAN OM ERSÄTTNING VID  
DÖDSFALL / BLANKETT 1**  
Förmånstagarna ansöker själva om  
ersättning

Uppgifter om avtalet	
Försäkringslagare	Avtalsnummer -
Försäkringstagarens personbeteckning eller FO-nummer	
Den försäkrade (förmånslätare)	Den försäkrades personbeteckning
Dödsorsak	Dödsdag
Kontaktpersonens uppgifter	
Kontaktpersonens namn	Kontaktpersonens telefonnummer
Kontaktpersonens e-postadress	
Förmånstagarna (ifylls, om förmånstagarna själva ansöker om ersättning.)	
Förmånstagarens namn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och -kontor
Telefonnummer	Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Kontonummer (i IBAN-format)	Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____	
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig
Förmånstagarens namn	
Förmånstagarens namn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och -kontor
Telefonnummer	Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Kontonummer (i IBAN-format)	Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____	
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig

<b>Förmånstagarens namn</b>		<b>Personbeteckning</b>
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Kontonummer (i IBAN-format)		Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	
<b>Förmånstagarens namn</b>		<b>Personbeteckning</b>
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Kontonummer (i IBAN-format)		Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	
<b>Förmånstagarens namn</b>		<b>Personbeteckning</b>
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Kontonummer (i IBAN-format)		Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	

Svarsadress (Ansökan och bilagor)

Mandat Life Livförsäkringsaktiebolag, Kundpost / 2011,  
Kalevavägen 3, 20520 Åbo

Mandat Lifes kundtjänst

Tfn 0200 31120 (Ina/msa)

**ANSÖKAN OM ERSÄTTNING VID  
DÖDSFALL / BLANKETT 2**

Förmånstagarna befullmäktigar någon annan att ansöka om ersättning för sin räkning

Uppgifter om avtalet	
Försäkringstagare	Avtalsnummer -
Försäkringstagarens personbeteckning eller FO-nummer	
Den försäkrade (förmånslätare)	Den försäkrades personbeteckning
Dödsorsak	Dödsdag
Fullmakt (ifylls, om förmånstagarna ger en befullmäktigad fullmakt att lyfta ersättningen för sin räkning.)	
Jag / vi befullmäktigar följande person att lyfta den dödsfallsersättning som betalas ut från Mandatum Life.	
Den befullmäktigades namn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och -kontor
E-postadress	Telefonnummer
Kontonummer (i IBAN-format)	Bankens BIC-kod, om bankkontot är i en utländsk bank
Ifylls, om den befullmäktigade också själv står som förmånstagare:	
Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren	
Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för den befullmäktigades del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____	
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Den befullmäktigades underskrift
Förmånstagarnas/fullmaktsgivarnas uppgifter	
Förmånstagarens (fullmaktsgivarens) namn	Personbeteckning
Gatuadress	Postnummer och -kontor
Telefonnummer	Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Mandatum Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____	
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig

Förmånstagarens (fullmaktsgivarens) namn		Personbeteckning
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	
Förmånstagarens (fullmaktsgivarens) namn		Personbeteckning
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	
Förmånstagarens (fullmaktsgivarens) namn		Personbeteckning
Gatuadress		Postnummer och -kontor
Telefonnummer		Förmånstagarens släktförhållande till förmånslätaren
Mandat Life är förpliktad att identifiera kunder som kan vara skattskyldiga i Förenta staterna. Uppfylls ett eller flera av följande kriterier för din del? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (anteckna vilket/vilka som uppfylls): <input type="checkbox"/> Amerikanskt medborgarskap (inkl. dubbelt medborgarskap) <input type="checkbox"/> Arbets- eller uppehållstillstånd i Förenta staterna (Green Card) <input type="checkbox"/> Födelseland Förenta staterna <input type="checkbox"/> Hem- eller postadress i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Telefonnummer i Förenta staterna <input type="checkbox"/> Poststyrningstjänster eller postens förvaringstjänst i Förenta staterna Ditt skattenummer i Förenta staterna: _____		
Jag intygar att de uppgifter som jag lämnat är korrekta.	Förmånstagarens underskrift/ Vårdnadshavarnas underskrift, om förmånstagaren är minderårig	

Svarsadress (Ansökan och bilagor)

Mandat Livförsäkringsaktiebolag, Kundpost / 2011,  
Kalevavägen 3, 20520 Åbo

Mandat Lifes kundtjänst

Tfn 0200 31120 (Ina/msa)

**ANVISNING**

Fyll omsorgsfullt i alla punkter i ansökan. Utbetalning av ersättning förutsätter att ansökan har fyllts i fullständigt och att försäkringsbolaget har tillställts alla handlingar och dokument som behövs.

**Ansökan om ersättning**

Med samma ersättningsansökan kan ersättning sökas från flera avtal, om alla har samma förmånstagarförordnande.

**Blankett 1, varje förmånstagare ansöker själv om ersättning, ersättningen betalas in på förmånstagarnas konton**

Använd blankett 1, om varje förmånstagare själv ansöker om ersättning, varvid varje förmånstagare ska meddela bl.a. sina kontouppgifter samt fylla i de övriga punkterna i blanketten, även punkten gällande eventuell skattskyldighet i Förenta staterna. Varje förmånstagare ska också personligen underteckna ansökan. En person kan antecknas om kontaktperson i ersättningsärendet gentemot försäkringsbolaget, varvid försäkringsbolaget adresserar eventuella tilläggsförfrågningar direkt till denna person. Kontaktpersonen behöver inte själv stå som ersättningens förmånstagare. Om personen också står som förmånstagare, ska han eller hon även fylla i förmånstagarens uppgifter i ansökan.

**Blankett 2, förmånstagarna befullmäktigar en person att ansöka om ersättning för sin räkning, ersättningen betalas in på den befullmäktigades konto**

Använd blankett 2, om förmånstagarna befullmäktigar en person att ansöka om ersättning för sin räkning. Den befullmäktigade behöver inte stå som ersättningens förmånstagare. Om den befullmäktigade också står som ersättningens förmånstagare, ska han eller hon också fylla i punkten om förmånstagare i blanketten. Observera att fastän du befullmäktigar en person att ansöka om ersättningen för din räkning innebär det inte att du skulle ha avstått från ersättningen, utan bl.a. skattemässigt är det likvärdigt att fråga om en ersättning som betalats ut till dig. Ersättningarna betalas in på det bankkonto som den befullmäktigade anvisar och som också kan vara ett dödsbos konto. Varje förmånstagare får ett skriftligt ersättningsbeslut per post.

Om en del av förmånstagarna ansöker om ersättning själva och en del befullmäktigar en person att ansöka om ersättning för sin räkning, fyll i blankett 1 och 2 och återsänd dem till försäkringsbolaget.

**OBS!** Uppgiften om skattskyldighet i Förenta staterna är en obligatorisk uppgift som har sin grund i lagen och som alltid ska fyllas i för samtliga förmånstagers del.

**Bilagor till ersättningsansökan**

Följande dokument ska bifogas ersättningsansökan:

- Förmånstagarnas ämbetsbetyg
- Om de anhöriga eller barnen är förmånstagare:
  - Som bilaga inlämnas alltid en kopia av släktutredningen (samma som i bouppteckningen) För släktutredningen begärs ämbetsbetyg från alla de församlingar där förmånslåtaren har varit inskriven från 15 års ålder. Om förmånslåtaren inte hör till någon församling, begärs släktutredningen av magistraten. Ingen släktutredning behövs, om delägaruppgifterna i bouppteckningen har fastställts i magistraten.
  - Som bilaga inlämnas också bouppteckning, om en sådan redan har gjorts.

För försäkringsbolaget räcker det i allmänhet också med kopior av ovan nämnda handlingar.

**Innehållet i förmånstagarförordnandet**

Om de anhöriga har förordnats som förmånstagare, utbetalas hälften av ersättningen till maken eller maken och hälften till barnen. Om maken eller maken har avlidit, utbetalas hela ersättningen till barnen. Om något av barnen har avlidit, tillfaller det avlidne barnets andel av ersättningen dennes barn. Om det varken finns make eller maka eller barn, utbetalas ersättningen till arvingarna enligt ärvdabalken.

Om maken eller maken och barnen har förordnats som förmånstagare, utbetalas hälften av ersättningen till maken eller maken och hälften till barnen. Den andel som tillfaller ett barn som avlidit utbetalas till dennes barn. Om maken eller maken har avlidit, utbetalas hela ersättningen till barnen.

Om namngivna personer har förordnats som förmånstagare utan andelar, utbetalas ersättningen till de namngivna personerna i lika stora delar. Om någon av dessa personer har avlidit, utbetalas ersättningen till de namngivna personer som är vid liv.

Om försäkringstagaren har förordnat utdelning enligt bestämda andelar, utbetalas ersättningen i enlighet med dem. Om någon av de namngivna motagarna av en andel har avlidit, utbetalas hans eller hennes andel till den försäkrades dödsbo.