

Avser barn till och med utgången av den månad barnet fyller 18 år. Barnskydd ingår i försäkrads Grupplivförsäkring.

### Uppgifter

Företag/arbetsgivare/förening/förbund		Telefonnummer dagtid
Försäkrade barnets namn	Försäkrade barnets personnummer	Finns inte fullständigt personnummer År-mån-dag
Gruppmedlems namn		Gruppmedlems personnummer
Medförsäkrads namn (om barnet inte är barn till gruppmedlem)		Medförsäkrads personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress		Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Den avlidne är barn till <input type="checkbox"/> Gruppmedlem och medförsäkrad <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad make/sambo		
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", ange adress	
Ange dödsorsaken om den är känd	Har du/ni fått vårdbidrag för barnet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (sänd in samtliga intyg från Försäkringskassan)	

Sänd in "Dödsfallsintyg med släktutredning" som begärs från Skatteverket

Begravningshjälp betalas ut för barn som avlidit efter den 22:a havandeskapsveckans utgång. I sådana fall ska även intyg från sjukhus eller kurator sändas in med denna blankett. På detta intyg ska uppgift om föräldrarnas personnummer finnas med samt i vilken havandeskapsvecka barnet avlidit.

### Dödsboets kontouppgifter

Beloppet betalas i första hand till barnets dödsbo, i andra hand till föräldern som har försäkringen.

Pengarna betalas ut som begravningshjälp.

Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

### Underskrifter

Jag, i egenskap av förälder och vårdnadshavare, försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Gruppmedlemmens namnteckning	Gruppmedlemmens namnförtydligande
Datum	Medförsäkrads namnteckning	Medförsäkrads namnförtydligande

### Nedanstående uppgifter ska fyllas i och undertecknas av den som sköter försäkringen för företaget/förbundet.

Premie för grupplivförsäkringen betald till och med? (år och månad)		
Jag, i egenskap av förälder och vårdnadshavare, försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Gruppmedlem anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	Medförsäkrad anslöts till grupplivförsäkringen? (år och månad)	
Ort och datum	Företag/Arbetsgivare/Förening/Förbund/Mäklare	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)	
Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens underskrift	Gruppföreträdarens/arbetsgivarens/mäklarens namnförtydligande	

Fortsättning på nästa sida

## Behandling av personuppgifter

Detta är en kort beskrivning av hur vi behandlar personuppgifter. Fullständig information om hur vi på Länsförsäkringar behandlar personuppgifter finns i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](https://lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress [info.halsa@lansforsakringar.se](mailto:info.halsa@lansforsakringar.se)

De personuppgifter som vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna fullgöra försäkringsavtal. De kan också användas till statistik, för att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk och för att förebygga skador.

I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen men de kan i vissa fall lämnas till företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med inom och utanför EU och EES-området, exempelvis återförsäkringsgivare. Personuppgifter kan också lämnas ut till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag.

Du kan alltid få information om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du kan också vända dig till oss för att begära rättelse av en felaktig uppgift eller för att begära radering eller begränsning eller invända mot en behandling, i vilket fall din begäran eller invändning kommer att prövas av oss.

Personuppgiftsansvarig är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) för livförsäkring och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) för övriga försäkringar. Allmänna uppgifter om dig såsom namn och kontaktuppgifter behandlas också i Länsförsäkringsgruppens gemensamma kundregister. För behandling av dessa uppgifter är alla bolag inom länsförsäkringsgruppen gemensamt personuppgiftsansvariga.

### Blanketten skickas till:

Länsförsäkringar AB

Hälsa

Skador

FE 1650

838 83 Frösön