



## Ersättningsansökan

Bestående men på grund av olycksfall

Ersättningssökandes förbindelse och fullmakt	<b>FÖRBINDELSE OCH FULLMAKT</b>	
	<p>Jag förbinder mig att använda alla de ersättningar som utbetalas på basen av denna ansökan till återbetalning av min kredit hos kreditgivaren som nämns i kreditavtalet. Jag godkänner att mina försäkringsersättningar utbetalas på det ovannämnda kontot och detta kan ändras endast med kreditgivarens och undertecknads medgivande. Jag försäkrar att alla uppgifter jag lämnat är riktiga. Om någon av de ovannämnda uppgifterna jag lämnat (eller någon jag vederbörligen befullmäktigat att för min del lämna) är oriktiga, förstår jag att jag kan mista min rätt till ersättning och att mitt försäkringsskydd kan upphöra.</p> <p>Jag befullmäktigar AXA, min arbetsgivare, mina tidigare arbetsgivare, Arbetskraftsmyndigheterna, Arbetslöshetskassorna, Folkpensionsanstalten, Skatteverket, läkaren, sjukhusen, hälsovårdscentralerna, mentalvårdsbyråerna, försäkringsbolagen och kreditgivaren att lämna och ta emot uppgifter om min hälsa och mitt yrke samt andra uppgifter som behövs till stöd för eller för utredning av min ersättningsansökan.</p> <p>AXA behandlar personlig information i enlighet med lagen och bestämmelsen för sekretesspolicy. AXAs sekretesspolicy och annan information om sekretesspolicy hittas från adressen <a href="http://clp.partners.axa/fi/sekretesspolicy">clp.partners.axa/fi/sekretesspolicy</a>.</p> <p>Denna fullmakt kan kopieras.</p>	
	Personbeteckning	
	Försäkrades underteckning och namnförtydligande	Datum och Plats

AXA  
Ersättningstjänst

Postadress  
PL 67  
00501 Helsingfors

Telefon  
Kundservice 010 802 840

E-postadress  
[asiakaspalvelu@partners.axa](mailto:asiakaspalvelu@partners.axa)

AXA France IARD – Filial - Finland (2922649-2) / AXA France VIE – Filial Finland (2922515-8)

Internal