

**ANMÄLAN AVSER**

Låneavtalsnr:		
Namn	Personnr	
Utdelningsadress		Telefonnr dagtid (även riktnr)
Postnr	Ort	E-post

VID OLYCKSFALL

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)			
Ange ort och skadeplats			
Hur gick det till (händelseförlopp samt övriga omständigheter)?			
Vilken kroppsskada blev följden?			
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	NEJ <input type="checkbox"/>	JÄ <input type="checkbox"/>	Om Ja, när?
På vilket sätt?			
Vilken vårdinrättning anlätades då?			

VID SJUKDOM

Sjukdomens namn			
När anlätades läkare första gången för denna sjukdom? - (År/Mån/Dag)		När märktes de första symptomen? - (År/Mån/Dag)	
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom?	NEJ <input type="checkbox"/>	JÄ <input type="checkbox"/>	Om Ja, när?
Vilken sjukdom led du av?			
Vilken vårdinrättning anlätades då?			

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada - (År/Mån/Dag)	Läkarens/vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?	
Under vilka perioder (fr o m - t o m)		
Sjukskrivningsperiod (fr o m - t o m) - OBS! Läkarintyg skall bifogas		
När beräknar du att kunna återgå i arbete? - (År/Mån/Dag)	i vilken omfattning?	

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGENFÖRETAGARE

Har du en tillsvidareanställning eller är du egenföretagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/egenföretagare <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Anställningstid fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)	Anställningens omfattning, timmar per vecka
Arbetsgivarens/företagets namn	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egenföretagare	
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)	Arbetsuppgifter/befattning	

ÖVRIGT

Uppbär du / har du vid något tillfälle uppburit aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning)? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m	Har du ett särskilt anpassat arbete eller en s.k lönebidragsanställning på grund av sjukdom eller olycksfall? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VIKTIGT Bifoga

- Datautskrift från Försäkringskassan, intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg och kopior av utbetalningsspecifikationer.
- Intyg om sjukhusvistelse

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

BNP Paribas Cardif och dess samarbetspartners behandlar personuppgifter vid skaderegleringen i enlighet med försäkringsvillkoren. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet. Om du har frågor angående behandlingen kan du kontakta personuppgiftsansvarig på BNP Paribas Cardif, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till BNP Paribas Cardif, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att BNP Paribas Cardif och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen. Jag medger att långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk i detta ärende.

Namn/teckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
Namn/förtydligande	Personnr	

BLANKETTEN INSÄNDES TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB
Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är BNP Paribas Cardif Försäkring AB