

**ANMÄLAN AVSER**

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

SENASTE ANSTÄLLNING FÖRE ARBETSLÖSHET

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:	
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="checkbox"/> Behovsanställning (Intermittent anställning)	<input type="checkbox"/> Egenföretagare
Arbetsgivare/företagets namn		Namn på ev. personalansvarig
Utdelningsadress		Postnr Ort
Telefon (även riktnr)		E-post
Anställd hos ovan angiven arbetsgivare sedan - (År/Mån/Dag)	Befattning	Anställningen hos ovan angiven arbetsgivare upphörde - (År/Mån/Dag)
Sedan när har du haft vetskap om att risk för arbetslöshet förelegat? - (År/Mån/Dag)		Orsak till anställningens upphörande

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

- Kopia av arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- Kopia av A-kassans beslut om ersättning samt kopior av utbetalningsspecifikationer från och med första arbetslöshetsveckan
- Intyg om utbetald ersättning från Försäkringskassan för de senaste fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)

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 utslutande 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