

ANMÄLAN AVSER

Låneavtalsnr:		
Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Utdelningsadress	Postnr	Ort

VIKTIGT
Bifoga

- Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg"
- Dödsorsaksintyg, journalkopior eller obduktionsprotokoll där dödsfallsorsak framgår
- Datautskrift från Försäkringskassan, försäkringsbild (O30-bild) samt
- Intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)

UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet - År/Mån/Dag	Orsakades dödsfallet av en olycka?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Dödsfallsorsak			

Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsfallsorsaken

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

UPPGIFTER OM TIDIGARE SJUKDOM/SKADA

Har den avlidne tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/skada?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - År/Mån/Dag
Om Ja, vilken sjukdom/skada?			

Vilken/vilka vårdinrättning(ar) anlätades då?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnr
-------------------	-----------------------

UPPGIFT OM VÅRDcentral/FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhörde den avlidne? (Namn och ort)

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGENFÖRETAGARE

Var den avlidne tillsvidareanställd eller egenföretagare vid tidpunkten för dödsfallet? Om NEJ ange senaste tillsvidareanställning	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Anställd 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			

ÖVRIG INFORMATION

FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn	Samhörighet med den avlidne		
Adress			
Postnr	Ort	Telefon dagtid (även riktnr)	

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 företrädare för dödsboet

Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks. Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt. Jag medger att långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga detta ersättningsanspråk.

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