



ANMÄLAN AVSER

Försäkringsnummer:		
Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Adress	Postnr	Ort

UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet - (År/Mån/Dag)

Dödsorsak

<input type="checkbox"/> Dödsfall pga sjukdom, ange vilken sjukdom:
<input type="checkbox"/> Dödsfall pga olycksfall, ange vad som inträffat:
<input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:

Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsorsaken?

Vårdinrättningar - (Namn och 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"/>	VET EJ <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Om Ja, vilken sjukdom/skada?				

Vilka vårdinrättningar anlitas då?

Vårdinrättningar - (Namn och ort)

UPPGIFT OM VÅRD-CENTRAL/FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Wilken vårdcentral/hälsocentral/företagshälsovård tillhörde den avlidne? Ange namn och ort

FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn	Samhörighet med den avlidne (t ex make eller barn)	
Adress	Telefon dagtid (även riktnr)	
Postnr	Ort	Mobil

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

SLÄKTSKAP - Ska fyllas i av anhörig eller någon annan som väl känner den avlidnes släktförhållanden

I egenskap av: Ange släktskap/samhörighet med den avlidne	försäkrar jag på heder och samvete:
--	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> att bifogad släktutredning, såvitt jag vet, innefattar samtliga arvsberättigade
--

<input type="checkbox"/> att såvitt jag vet finns ytterligare arvingar enligt nedan:	<input type="checkbox"/> att make/registrerad partner och barn saknas. Ange om andra arvsberättigade finns:
--	---

Namn	Personnr	Släktskap med den avlidne
Namn	Personnr	Släktskap med den avlidne
Namn	Personnr	Släktskap med den avlidne

Besvaras om den avlidne var gift eller registrerad partner

Hade ansökan om äktenskapsskillnad (skilsmässa) eller upplösning av partnerskap lämnats till tingsrätten?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	-----------------------------

Besvaras om den avlidne var ogift

Var den avlidne sambo enligt sambolagens definition*? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, från när? - (År/Mån/Dag)
Om Ja, ange sambons namn och personnr	

* Med sambor avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har gemensamt hushåll. Gäller endast då ingen av samborna är gift.

ÖVRIG INFORMATION

VIKTIGT Bifoga	<ul style="list-style-type: none">• Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg"• Dödsorsaksintyg, journalkopior eller liknande dokument som visar dödsorsak och eventuell sjukdomsdebut• Datautskriften från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och• Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren
--------------------------	---

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 uppgiftslämnare

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt.		
Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namn-teckning
Personnr		Namn-förtydligande
Samhörighet med den avlidne (t ex make eller barn)		Telefon dagtid (inkl. riktnr)

BLANKETTEN SKICKAS 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.