

Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på www.sbab.se?**ANMÄLAN AVSER**

Lånenummer:			
Namn	Personnr		
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)	Mobil
Postnr	Ort	Mejl	

SENASTE ANSTÄLLNING FÖRE ARBETSLÖSHET, ÄVEN EGEN FÖRETAGARE

<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"/> Företagare	
Arbetsgivarens/företagets namn	Telefon (även riktnr)		
Adress	Postnr	Ort	
Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan - (År/Mån/Dag)	Anställningen/företaget upphörde - (År/Mån/Dag)		
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? - (År/Mån/Dag)	Ange orsak till att anställningen/företaget upphörde		

ÖVRIGT

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

VIKTIGT
Bifoga kopior av

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla frågor är besvarade 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.

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

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.