

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

UPPGIFT OM VÅRDcentral/FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

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

SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG

<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	Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan - (År/Mån/Dag)
--------------------------------	--

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

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 kreditgivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga detta ersättningsanspråk.
Som företrädare för dödsboet lämnas samtycke till att läkare eller annan sjukvårdspersonal eller sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna BNP Paribas Cardif de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som bolaget anser sig behöva för att handlägga detta ersättningsanspråk.

Ort	Datum - År/Mån/Dag	Namn/teckning
		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.

För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se www.bnpparibascardif.se/personuppgifter.