

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

Kortnummer		- X X X X - X X X X -															
Namn					Personnr -												
Adress					Telefon dagtid (även riktnr)						Mobil						
Postnr		Ort			Mejl												

HELT NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmågan är helt nedsatt på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall		Helt sjukskriven fr o m - (År/Mån/Dag)	
När beräknar du att kunna återgå i arbete? - (År/Mån/Dag)		I vilken omfattning?	

VID SJUKDOM

Vilken sjukdom/diagnos avser anmälan?		
När anlätades läkare första gången för denna sjukdom? - (År/Mån/Dag)		När märktes de första symtomen? - (År/Mån/Dag)
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/symtom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		Om Ja, när?
Vilken sjukdom eller vilka symtom var då aktuella?		
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)		

VID OLYCKSFALL

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)		Ort/land
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter		
Vilken kroppsskada blev följden?		
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		Om Ja, när?
På vilket sätt?		
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)		

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada/sjukdom? - (År/Mån/Dag)	Läkarens/vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?	
Under vilka perioder (fr o m - t o m)		

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAG

Har du en tillsvidareanställning eller är du företagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/företagare	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Anställd hos nuvarande arbetsgivare/är företagare fr o m - (År/Mån/Dag)
Arbetsgivarens/företagets namn	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Anställningens omfattning, timmar per vecka
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)		

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

- Intyg om ersättnings/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg
- Försäkringskassans utbetalningsspecifikationer
- Intyg om sjukhusvistelse

ÖVRIG INFORMATION

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

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 kreditgivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk i detta ärende.

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.

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