



Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på www.bnpparibascardif.se

ANMÄLAN AVSER

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

NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arbetsförmågan är nedsatt på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall | Sjukskriven fr o m - (år/mån/dag) | I vilken omfattning är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% |
| När beräknar du att kunna återgå helt i arbete? - (år/mån/dag) | | |

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? | NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | 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? | NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | 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). Obs! Vid tidsbegränsad anställning ange även avtalat slutdatum |
| 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 varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning? Obs! Detta är inte är samma som 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 | <ul style="list-style-type: none">Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)LäkarintygFörsäkringskassans utbetalningsspecifikationerIntyg om sjukhusvistelse |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ÖVRIG INFORMATION

| |
|----------|
| |
|----------|

Behandling av hälsouppgifter: För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se www.bnpparibascardif.se/personuppgifter

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 långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk.

| | | |
|----------|----------------------|-------------------|
| Ort | Datum - (år/mån/dag) | Namnsteckning |
| 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.