

ANMÄLAN AVSER Gruppmedlem Medförsäkrad (=make/sambo till gruppmedlem)

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen	<input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt
Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr
Adress	Postnr Ort
Om anmälan avser gruppmedlem, finns medförsäkrad (make eller sambo som inte fyllt 70 år)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Om anmälan avser medförsäkrad (d.v.s. make eller sambo) ange gruppmedlemmens personnummer

Konto för utbetalning (OBS! Kontot ska tillhöra dödsboet) (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
------------------------------------	------------	---------	------

UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet - (År/Mån/Dag)

Dödsorsak

<input type="checkbox"/> Dödsfall pga sjukdom, ange vilken sjukdom:	När märktes de första symtomen på sjukdomen?
<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 orsaken till dödsfallet?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	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?		

Vilken vårdinrättning anlätades då?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

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

VIKTIGT Bifoga kopior av	<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)• Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren• Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad då dödsfallet inträffat (understiger hyra/månadsavgift 5 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel skickas in)
------------------------------------	---

FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn		Samhörighet med den avlidne
Adress		
Postnr	Ort	Telefon dagtid (även riktnr)

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

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

Underskrift av företrädare för dödsboet

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt.

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	Namnteckning
		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.