

För att anmäla skada online eller bifoga dokument med BankID besök:
www.bnpparibascardif.se/hyresgastforeningen

Bo kvar (65-70 år)

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

| | | | |
|--|-----|--|--------------------------------------|
| Medlemsnummer i Hyresgästföreningen | | <input type="checkbox"/> Hyresrätt | <input type="checkbox"/> Bostadsrätt |
| Den försäkrades namn | | Personnr | |
| Adress | | Telefon dagtid (även riktnr) | Mobil |
| Postnr | Ort | Mejl | |
| Om anmälan avser gruppmedlem, finns medförsäkrad (d.v.s. 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 | |

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

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

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING

| | | | |
|--|---|---|--|
| Har du en tillsvidareanställning eller är du företagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/företagare | NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | 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) | | | |

HELT NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA (Fylls i om du fortfarande arbetar och får ersättning från Försäkringskassan)

| | | |
|---|---|--|
| 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? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis | |

SJUKHUSVISTELSE

| | | |
|--------------------------------------|--|----------------|
| Har du vårdats på sjukhus? | NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | Om Ja, vilket? |
| Under vilken period (fr o m - t o m) | | |

FYLLS I 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) | | |
| | | |

FYLLS I 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 anlitas då? - (Namn och ort) | | |
| | | |

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

| | | |
|--|---------------------------------|-----|
| När anlitas läkare första gången för nu anmäld skada? - (År/Mån/Dag) | Läkarens/vårdinrättningens namn | |
| Adress | Postnr | Ort |
| | | |
| Vilken läkare behandlar dig nu? | Vårdinrättningens namn | |
| Adress | Postnr | Ort |
| | | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| VIKTIGT Bifoga kopia av | <ul style="list-style-type: none">Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 5 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas) |
| | <p>Vid sjukhusvistelse bifogas även:</p> <ul style="list-style-type: none">Sjukvårdsfaktura eller annan handling som styrker sjukhusvistelse <p>Vid helt nedsatt arbetsförmåga (sjukskrivning) bifogas även:</p> <ul style="list-style-type: none">Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)LäkarintygFörsäkringskassans utbetalningsspecifikationer |

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

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla frågor är besvarade 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.

| | | |
|----------|----------------------|--------------|
| Ort | Datum - (År/Mån/Dag) | Namnteckning |
| 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.