



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

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

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen		<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Äganderättslägenhet
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 fylt 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
------------------------------------	------------	---------	------

SJUKDOM

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

VÅRD/BEHANDLING

Vilken läkare behandlar dig nu?	Vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort
Vilka andra vårdinrättningar har du besökt på grund av anmäld sjukdom? - (Namn och 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 - (År/Mån/Dag)		

Vårdcentral/Företagshälsovård

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhör du? - (Namn och ort)

ÖVRIG INFORMATION

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	<ul style="list-style-type: none">• Läkarintyg eller journalkopior där sjukdom/diagnos och sjukdomsdebut framgår• Datautskrifter från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och• Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
------------------------------------	---

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 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)	Namn-teckning
Personnr		Namn-förtydligande

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.