



ANMÄLAN AVSER

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen

Försäkrad

Namn	Personnr	
Adress	Postnr	Ort

Försäkringstagare

Namn	Personnr	
Adress	Postnr	Ort

Är du folkbokförd på samma adress som försäkringstagaren? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Ange vem som är din biologiska förälder <input type="checkbox"/> Försäkringstagaren <input type="checkbox"/> Försäkringstagarens sambo Personnr:
---	---

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

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

OLYCKSFALL

När inträffade olycksfallet? - (År/Mån/Dag)	Olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> På skoltid <input type="checkbox"/> På fritid <input type="checkbox"/> På väg till/från skola/arbete
---	--

Vilken kroppsskada blev följden?

Ange händelseförlopp samt övriga omständigheter

Ange ort och skadeplats

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada - (År/Mån/Dag)	Läkarens/vårdinrättningens namn
---	---------------------------------

Adress	Postnr	Ort
--------	--------	-----

Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens/vårdinrättningens namn
---------------------------------	---------------------------------

Adress	Postnr	Ort
--------	--------	-----

Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m _____ t o m _____	Om Ja, ange vilket sjukhus?
--	-----------------------------

Har du behandlats av sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller liknande för nu aktuella besvär? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
--	----------------------------

Namn, adress och telefonnummer till denna

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ange när:	Om Ja, ange vilken:
---	---------------------

Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Vilken vårdinrättning anlätades? (ange namn ort)
--	--

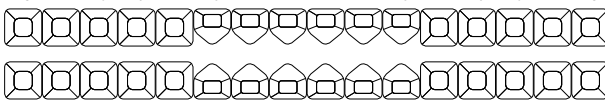
Är vård/behandling avslutad för nuvarande skada? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, sedan:	Hur är ditt nuvarande hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> Ej återställd <input type="checkbox"/> Återställd, sedan:
--	---

Befaras framtida men/invaliditet? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ange vad:
--

Namn	Personnr
------	----------

TANDSKADA

Markera vilka tänder som har skadats

<input type="checkbox"/> Permanenta tänder	<input type="checkbox"/> Mjölktänder
Överkäke	
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	
48 47 46 45 44 43 42 41 34 32 33 34 35 36 37 38	
Underkäke	

När anlätades tandläkare första gången för nu anmäld skada - (År/Mån/Dag)	Tandläkarens/vårdinrättningens namn	
Adress	Postnr	Ort

Har skadad tand/tänder tidigare varit utsatt för skada? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ange när:	
Anlätades tandläkare då? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Vilken vårdinrättning anlätades? (ange namn ort)

ÖVRIG INFORMATION

Finns olycksfallsförsäkring/barnförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, ange bolag och försäkringsnr
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, ange bolag och försäkringsnr
Trafikolycksfall <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ange till vilket bolag skadan är anmäld	
Var du folkbokförd i Sverige vid tidpunkten för olycksfallet? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	

NOTERA! Vid ersättningsanspråk för kostnader skall kvitton i original bifogas.

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

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla frågor är besvarade

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		Namnfortydligande

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.