



ANMÄLAN AVSER

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen

Försäkrat barn

Namn	Personnr
Adress	Postnr Ort

Försäkringstagare

Namn	Personnr
Adress	Postnr Ort

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

Utbetalning önskas insatt på

Förälders konto Barnets konto

<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 barnet nu?	Läkarens/vårdinrättningens namn
Adress	Postnr Ort

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

Har barnet 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 och ort)
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Är vård/behandling avslutad för nuvarande skada? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, sedan:	Hur är barnets 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:

Barnets namn	Barnets personnr
--------------	------------------

TANDSKADA

Markera vilka tänder som har skadats

<input type="checkbox"/> Mjölktänder <input type="checkbox"/> Permanenta tänder	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

Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet? (ange namn och ort)	
Vilken skolsköterska tillhör barnet? (ange namn och ort)	
Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m	
För vilka besvär?	
Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	Fr o m - t o m
Finns försäkring i annat bolag? (olycksfallsförsäkring/barnförsäkring) <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, Om ja ange till vilket bolag skadan är anmäld	
Var barnet folkbokfört i Sverige vid tidpunkten för olycksfallet? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	

NOTERA! Vid ersättningsanspråk för kostnader ska 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 barnets VÅRDADSHAVARE

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.