

**ANMÄLAN AVSER**

Försäkringsnummer:	
Namn	Personnr
Adress	Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr	Ort
	Mejl
	Mobil

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

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

OLYCKSFALL

<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet/skola	<input type="checkbox"/> Trafikolycksfall	<input type="checkbox"/> På fritiden
När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)			
Vilken kroppsskada blev följden?			
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter			
Ange ort och skadeplats			
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
På vilket sätt?		Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)	
Vilken vårdinrättning anlätades då?			

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades 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	
Har du vårdats på sjukhus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Ange namn och ort			
Har du behandlats av sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller liknande för nu aktuella besvär?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Namn, adress och telefonnummer till denna			
Har du varit sjukskriven pga denna skada?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Fr o m - t o m? - (År/Mån/Dag) (Läkarintyg bifogas)

ANDRA FÖRSÄKRINGAR

Omfattas du av annan olycksfallsförsäkring?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange vilket bolag
Är skadan anmäld dit?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange ärendenr

Vid arbetskada

Omfattas du genom din arbetsgivare/företag av TFA? (Trygghetsförsäkring vid arbetskada)	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Är skadan anmäld dit?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------------	--------------------------------

Vid trafikolycksfall

Till vilket trafikförsäkringsbolag har skadan anmälts? Ange bolagets namn och ärendenr
--

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGENFÖRETAGARE

<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egen företagare	Månadslön	
Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter		
Arbetsgivarens namn	Telefon dagtid (även riktnr)	
Adress	Postnr	Ort

NUVARANDE HÄLSOTILLSTÅND

Är du helt återställd?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Om Nej, vilka besvär kvarstår?		

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

VIKTIGT

- Vid ersättningsanspråk för kostnader ska kvitton i original bifogas.
- För fullständig information om vad som gäller för din försäkring hänvisar vi till gällande försäkringsvillkor.

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

BNP Paribas Cardif och dess samarbetspartners behandlar personuppgifter vid skaderegleringen i enlighet med försäkringsvillkoren. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet. Om du har frågor angående behandlingen kan du kontakta personuppgiftsansvarig på BNP Paribas Cardif, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till BNP Paribas Cardif, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

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.