



## VIKTIGT

Läs detta innan du fyller i och skickar in din skadeanmälan

**1. Nuvarande sjukperiod började tidigast 30 dagar efter att jag anslöts till Bo kvar-försäkringen.**

JA       NEJ

**Har du svarat JA på ovanstående fråga?** Då kan du ha rätt till ersättning.  
Skicka då in din skadeanmälan för en fullständig utredning.

**I det fullständiga försäkringsvillkoret** finns bland annat information om när försäkringen inte lämnar ersättning.  
Ersättning lämnas exempelvis inte

- för sjukdom/besvär som fanns innan du anslöts till försäkringen
- vid psykiska sjukdomar, dessa har diagnoskod F00-F99.  
Exempel på diagnoser som inte ersätts är depression, utmattningssyndrom, stressrelaterade besvär och ångestsyndrom.

Villkoret hittar du på [www.bnpparibascardif.se/hyresgastforeningen](http://www.bnpparibascardif.se/hyresgastforeningen).

**För en snabbare handläggning** ber vi dig svara på alla frågor i skadeanmälan så noggrant som möjligt och komplettera din anmälan med kopior av nedanstående handlingar:

- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg
- Försäkringskassans utbetalningsspecifikationer
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad sjukperioden började (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)





För att anmäla skada online eller bifoga dokument med BankID besök:  
[www.bnpparibascardif.se/hyresgastforeningen](http://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 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
------------------------------------	------------	---------	------

### NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmågan är nedsatt på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukskriven fr o m - (År/Mån/Dag)	Vilken omfattning är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%
När beräknar du att kunna återgå helt i arbete? - (År/Mån/Dag)		

### 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? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, när?	
Vilken sjukdom eller vilka symtom var då aktuella?		
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)		

### 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 anlätades då? - (Namn och ort)	

## UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

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

## UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAG

<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Anställningens omfattning, timmar per vecka	Anställd hos nuvarande arbetsgivare/är företagare fr o m - (År/Mån/Dag)
Arbetsgivarens/företagets namn		
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)		

## 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:
--	--

<b>VIKTIGT</b> Bifoga kopior av	<ul style="list-style-type: none"><li>Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)</li><li>Läkarintyg</li><li>Försäkringskassans utbetalningsspecifikationer</li><li>Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad sjukperioden började (understiger hyra/månadsavgift 4 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)</li></ul>
------------------------------------	--

## ÖVRIG INFORMATION

----------

**Behandling av hälsouppgifter:** För information om hur vi behandlar personuppgifter, se [www.bnpparibascardif.se/personuppgifter](http://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	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.