



**ANMÄLAN AVSER**

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen
-------------------------------------

**Försäkrad**

Namn		Personnr	
Utdelningsadress		Telefon dagtid (även riktnr)	Mobilnr
Postnr	Ort	E-mail	

**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 arbete/skola	<input type="checkbox"/> Trafikolycksfall	<input type="checkbox"/> På fritiden
------------------------------------	--	---	--------------------------------------

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)
Vilken kroppsskada blev följden?
Ange händelseförlopp samt övriga omständigheter
Ange ort och skadeplats

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
På vilket sätt?			
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, napprapat, 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 p g a denna skada?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Fr o m - t o m? - (År/Mån/Dag)
---	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

## ÖVRIGT

Omfattas du av annan olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, ange vilket bolag
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, ange ärendenr
Nuvarande hälsotillstånd - är du helt återställd? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	
Om Nej, vilka besvär kvarstår?	
Var du folkbokförd i Sverige vid tidpunkten för olycksfallet? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR


**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](http://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		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.