



VIKTIGT

Läs detta innan du fyller i och skickar in din skadeanmälan

1. Jag är ofrivilligt arbetslös på grund av att

- min tillsvidareanställning (fasta anställning) har upphört eller
- jag är företagare och min verksamhet har upphört.

JA NEJ

2. Jag har inte haft kännedom om varsel och inte fått besked om uppsägning inom 60 dagar från att jag anslöts till Bo kvar-försäkringen.

JA NEJ

3. Nuvarande period av ofrivillig arbetslöshet började tidigast 60 dagar efter att jag anslöts till Bo kvar-försäkringen.

JA NEJ

Har du svarat JA på samtliga frågor?

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

- om du haft en provanställning,
- om du haft en tidsbegränsad anställning
- om du sagt upp dig själv,
- om du vid anslutningen till Bo kvar-försäkringen var uppsagd/varslad eller
- om du vid anslutningen till Bo kvar-försäkringen hade kännedom om kommande uppsägning eller varsel.

Villkoret hittar du på 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:

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 5 000 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

ANMÄLAN AVSER Gruppmedlem Medförsäkrad (=make/sambo till gruppmedlem)

Medlemsnummer i Hyresgästföreningen		<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt
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
------------------------------------	------------	---------	------

SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG FÖRE ARBETSLÖSHET

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="checkbox"/> Behovsanställning (Intermittent anställning) <input type="checkbox"/> Företagare
Arbetsgivarens/företagets namn	Telefon (även riktnr)
Adress	Postnr Ort
Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan - (År/Mån/Dag)	Anställningen/företaget upphörde - (År/Mån/Dag)
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? - (År/Mån/Dag)	Ange orsak till att anställningen/företaget upphörde

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:
--	--

<p>VIKTIGT Bifoga kopior av</p>	<ul style="list-style-type: none"> Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan) A-kassans beslut om ersättning Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan) Faktura avseende hyra/månadsavgift som var gällande vid ingången av den månad du blev arbetslös (understiger hyra/månadsavgift 5 000 kr ska även underlag avseende kostnaden för hemförsäkring och hushållsel bifogas)
--	--

ÖVRIG INFORMATION

VÄND FÖR UNDERSKRIFT

FORTS. ÖVRIG INFORMATION

Behandling av hälsouppgifter: För information om hur vi behandlar personuppgifter, se 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)	Namnteckning
Personnummer		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.