



Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på [www.bnpparibascardif.se](http://www.bnpparibascardif.se)

### ANMÄLAN AVSER

Lånenummer:		Beräknas lånet vara återbetalt inom 24 månader? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, datum:	
Namn		Personnr	
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)	Mobil
Postnr	Ort	Mejl	

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

Clearingnr	Kontonr	Bank
------------	---------	------

### SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG FÖRE ARBETSLÖSHET

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalst 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 varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning?  
**Obs! Detta är inte samma som sjukpenning!**  NEJ  JA, fr o m:

**VIKTIGT**  
Bifoga kopior av

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Avier för samtliga försäkrade lån månaden före den månad du fick rätt till ersättning från A-kassan.

**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. Jag medger att långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk i detta ärende.

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.