



Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på www.sbab.se

ANMÄLAN AVSER

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

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

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

NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmågan är nedsatt på grund av:	Sjukskriven fr o m (År/Mån/Dag)	Vilken omfattning är du sjukskriven?
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall		<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50%
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?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	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?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	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?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
		Om Ja, vilket?
Under vilka perioder (fr o m – t o m)		

UPPGIFT OM NUVARANDE ANSTÄLLNING/FÖRETAG

<input type="checkbox"/> Tillsvärdare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:	
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="checkbox"/> Behovsanställning (Intermittent anställning)	<input type="checkbox"/> Företagare
Anställd hos nuvarande arbetsgivaren/år företagare fr o m – (år/mån/dag)	Anställningens omfattning, timmar per vecka	
Arbetsgivarens/företagets namn		
Adress	Postnr	Ort

ÖVRIGT

Har du varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning?
Obs! Detta är inte samma som sjukpenning! <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m:

VIKTIGT Bifoga kopior av	<ul style="list-style-type: none">Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)LäkarintygFörsäkringskassans utbetalningsspecifikationerIntyg om sjukhusvistelse
------------------------------------	---

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. 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		Namn-förtydligande

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.