



ANMÄLAN AVSER

Lånenummer:		
Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Adress	Postnr	Ort

VIKTIGT Bifoga

- Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg"
- Dödsorsaksintyg, journalkopior eller liknande dokument som visar dödsorsak och eventuell sjukdomsdebut
- Datautskrifter från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren

UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet (År/Mån/Dag)

Dödsorsak

<input type="checkbox"/> Dödsfall pga sjukdom, ange vilken sjukdom:	När märktes de första symtomen på sjukdomen? (År/Månad)
<input type="checkbox"/> Dödsfall pga olycksfall, ange vad som inträffat:	När inträffade olycksfallet? (År/Månad)
<input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:	

Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsorsaken?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

UPPGIFTER OM TIDIGARE SJUKDOM/SKADA

Har den avlidne tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/skada?	NEJ <input type="checkbox"/>	JÄ <input type="checkbox"/>	VET EJ <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? (År/Mån/Dag)
Om Ja, vilken sjukdom/skada?				

Vilken vårdinrättning anlätades då?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnr
-------------------	-----------------------

UPPGIFT OM VÅRDcentral/FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Vilken vårdcentral eller företagshälsövård tillhörde den avlidne? (Namn och ort)

ÖVRIG INFORMATION

FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn		Samhörighet med den avlidne	
Adress			
Postnr	Ort	Telefon dagtid (även riktnr)	

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 företrädare för dödsboet

Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks. Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt. Jag medger att långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga detta ersättningsanspråk.

Ort	Datum (År/Mån/Dag)	Namnteckning
		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.