



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

ANMÄLAN AVSER

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
------------------------------------	------------	---------	------

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 varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning? Obs! Detta är inte är samma som 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:
---	--

VIKTIGT Bifoga

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)

Behandling av personuppgifter: För information om hur vi behandlar dina 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.

Ort	Datum - år/mån/dag	Namn/teckning
Personnr	Namnförtydligande	

BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare är BNP Paribas Cardif Försäkring AB.