



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

NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmågan är nedsatt på grund av: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Sjukskriven fr o m - (år/mån/dag)	I vilken omfattning är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%
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? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	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? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	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? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?	
Under vilka perioder (fr o m - t o m)		

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAG

Har du en tillsvidareanställning eller är du företagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/företagare	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Anställd hos nuvarande arbetsgivare/är företagare fr o m - (år/mån/dag). Obs! Vid tidsbegränsad anställning ange även avtalat slutdatum
Arbetsgivarens/företagets namn	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Anställningens omfattning, timmar per vecka
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)		

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 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 utbetalningsspecifikationer
------------------------------------	--

ÖVRIG INFORMATION

Behandling av hälsouppgifter: 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.