

**ANMÄLAN AVSER**

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

Utbetalning önskas insatt på bankkonto

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

OLYCKSFALL

<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet/skola	<input type="checkbox"/> Trafikolycksfall	<input type="checkbox"/> På fritiden
När inträffade skadan? (år/mån/dag)			
Vilken kroppsskada blev följden?			
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter			
Ange ort och skadeplats			
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
På vilket sätt?		Om Ja, när? (år/mån/dag)	
Vilken vårdinrättning anlätades då?			

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING

När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada? (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"/>
Ange namn och ort	Om Ja, när? (år/mån/dag)	
Har du behandlats av sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller liknande för nu aktuella besvär?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Namn, adress och telefonnummer till denna	Om Ja, när? (år/mån/dag)	
Har du varit sjukskriven pga denna skada?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
	Fr o m - t o m (år/mån/dag) (Läkarintyg bifogas)	

ANDRA FÖRSÄKRINGAR

Omfattas du av annan olycksfallsförsäkring?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange vilket bolag
Är skadan anmäld dit?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange ärendenr

VID ARBETSSKADA

Omfattas du genom din arbetsgivare/företag av TFA? (Trygghetsförsäkring vid arbetsskada)	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Är skadan anmäld dit?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------------	--------------------------------

VID TRAFIKOLYCKSFALL

Till vilket trafikförsäkringsbolag har skadan anmälts? Ange bolagets namn och ärendenr
--

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAGARE

<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Omfattas du av kollektivavtal?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Månadslön
Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter				
Arbetsgivarens/företagets namn			Telefon dagtid (även riktnr)	
Adress			Postnr	Ort

NUVARANDE HÄLSOTILLSTÅND

Är du helt återställd?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Om Nej, vilka besvär kvarstår?		

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

VIKTIGT!

- Vid ersättningsanspråk för kostnader ska kvitton i original bifogas
- För fullständig information om vad som gäller för din försäkring hänvisar vi till gällande försäkringsvillkor

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.

Ort	Datum (år/mån/dag)	Namnteckning
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.