



Bifoga samtliga originalkvitton uppklistrade på ett separat papper, gärna A4-ark. Undvik gem och häftklammer. Numrera och specificera dina kvitton nedan.

Skadenummer:

PERSONUPPGIFTER

Namn		Personnr	
Adress		Telefon/Mobil	
Postnr	Ort	Mejl	

Utbetalning önskas insatt på

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

RECEPTBELAGD MEDICIN - Bifoga apotekskvittots receptspecifikation i original

Läkemedlets namn	Ver. nr.	Belopp kr	Notering

VÅRD, RESEKOSTNADER, HJÄLPMEDEL - Bifoga kvitton i original

Datum	Ersättningsanspråket avser	Ver. nr.	Belopp kr	Notering

RESOR MED EGEN BIL

Datum	Resväg - från och till	Ver. nr.	Antal mil	Orsak till resa

UNDERSKRIFT - Om omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare

Datum - (År/Mån/Dag)	Namn-teckning	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.