

→ **ANSÖKAN AVSER**

<input type="checkbox"/> Låneskydd	<input type="checkbox"/> Kontoskydd	Låneavtalsnr:	<input type="text"/>
Namn		Personnr	
Utdelningsadress		Telefonnr dagtid (även riktnr)	
Postnr	Ort	Mobilnr/E-mail	

→ **VID OLYCKSFALL****A**

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)		
Ange ort och skadeplats		
Hur gick det till (händelseförlopp samt övriga omständigheter)?		
Vilken kroppsskada blev följden?		
Har denna kroppsdela tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
		Om Ja, när?
På vilket sätt?		
Vilken vårdinrättning anlätades då?		

→ **VID SJUKDOM****B**

Sjukdomens namn		
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom? - (År/Mån/Dag)		När märktes de första symptomen? - (År/Mån/Dag)
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
		Om Ja, när?
Vilken sjukdom led du av?		
Vilken vårdinrättning anlätades då?		

UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING - (Skall alltid fyllas i)

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?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Om Ja, vilket?
Vilka tider (fr o m - t o m)		
Sjukskrivningsperiod (fr o m - t o m) - OBS! Läkarintyg skall bifogas		
När beräknar du att kunna återgå i arbete? - (År/Mån/Dag)	i vilken omfattning?	

UPPGIFT OM ANSTÄLLNINGAR

Har du haft heltidsarbete* (tillsvidareanställning) eller varit egenföretagare* under de senaste 6 månaderna? (före den nu aktuella sjukperioden)? *Se gällande villkor för definition.	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	fr.o.m. - t.o.m. - (År/Mån/Dag)	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egen företagare
Arbetsgivarens/företagets namn			
Adress	Postnr	Ort	
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)	Arbetsuppgifter/befattning		

ÖVRIGT

Uppbär du / har du vid något tillfälle uppburit sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning) eller aktivitetsersättning?

Nej Ja, fr.o.m.

VIKTIGT Bifoga

- Datautskrift från försäkringskassan, intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren. (Kan beställas från försäkringskassans hemsida)
- Läkarintyg och kopior av utbetalningsspecifikationer.
- Om du beviljats sjukersättning/aktivitetsersättning, kopia av försäkringskassans beslut samt kopia av föredragnings-PM (inklusive alla bilagor) som legat till grund för beslutet.
- Intyg om sjukhusvistelse

UNDERSKRIFT

Cardif Försäkring AB och dess samarbetspartners behandlar personuppgifter vid skaderegleringen i enlighet med försäkringsvillkoren. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet. Om du har frågor angående behandlingen kan du kontakta personuppgiftsansvarig på Cardif Försäkring AB, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till Cardif Försäkring AB, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

Underskrift av FÖRSÄKRAD - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att Cardif Försäkring AB och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen.

Namn/teckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
Namn/förtydligande	Personnr	

BLANKETTEN INSÄNDES TILL: CARDIF FÖRSÄKRING AB, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är Cardif Livförsäkring AB - Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är Cardif Försäkring AB