

**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
------------------------------------	------------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

HELT NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

Arbetsförmågan är helt nedsatt på grund av:	<input type="checkbox"/> Sjukdom	<input type="checkbox"/> Olycksfall	Helt sjukskriven fr o m - (År/Mån/Dag)
---	----------------------------------	-------------------------------------	--

VID SJUKDOM

Sjukdomens namn	
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?	Om Ja, när?
<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA
Vilken sjukdom eller vilka symtom var då aktuella?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)	

VID OLYCKSFALL

När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)	
Ange ort och skadeplats	
Ange händelseförlopp och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Om Ja, när?
<input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA
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)		
När beräknar du att kunna återgå i arbete? - (År/Mån/Dag)	I vilken omfattning?	

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGENFÖRETAGARE

Har du en tillsvidareanställning eller är du egenföretagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/egenföretagare <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Anställningstid fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)	Anställningens omfattning, timmar per vecka
Arbetsgivarens/företagets namn	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egenföretagare	
Adress	Postnr	Ort
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)	Arbetsuppgifter/befattning	

ÖVRIGT

Har du eller har du vid något tillfälle haft aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med 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 fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)LäkarintygFörsäkringskassans utbetalningsspecifikationerIntyg om sjukhusvistelse
------------------------------------	---

ÖVRIG INFORMATION

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda och att samtliga handlingar är bifogade

Behandling av personuppgifter: För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se www.bnpparibascardif.se/personuppgifter .

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.

Namnteckning	Datum - (År/Mån/Dag)	Ort
Namnfortydligande	Personnr	

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.