

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

SENASTE ANSTÄLLNING FÖRE ARBETSLÖSHET (ÄVEN EGEN FÖRETAGARE)

<input type="checkbox"/> Tillsvidare	<input type="checkbox"/> Provanställning t o m:		
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad - Avtalat slutdatum:	<input type="checkbox"/> Behovsanställning (Intermittent anställning)	<input type="checkbox"/> Egen företagare	
Arbetsgivare/företagets namn	Telefon (även riktnr)		
Adress	Postnr	Ort	
Anställd hos arbetsgivaren sedan - (År/Mån/Dag)	Anställningen upphörde - (År/Mån/Dag)		
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? - (År/Mån/Dag)	Ange orsak till att anställningen upphörde		

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">Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)A-kassans beslut om ersättningUtbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
------------------------------------	---

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.

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namn-teckning
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.