

**ANMÄLAN AVSER**

Försäkringsnummer		
Efternamn, tilltalsnamn		Personnr
Utdelningsadress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr	Ort	E-mail

**Utbetalning önskas insatt på**

<input type="checkbox"/> Personkonto	<input type="checkbox"/> 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 samt 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"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Ange namn och ort			
Har du behandlats av sjukgymnast, nårapat, kiropraktor, psykolog eller liknande för nu aktuella besvär?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Namn, adress och telefonnummer till denna			
Har du varit sjukskriven p g a 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 arbetskada

Omfattas du genom din arbetsgivare/företag av TFA? (Trygghetsförsäkring vid arbetskada)	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/EGENFÖRETAGARE

<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egen företagare	Månadslön	
Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter		
Arbetsgivarens 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


### NOTERA!

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

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

BNP Paribas Cardif 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 BNP Paribas Cardif, telefon: 031-707 98 70. När skada anmäls till BNP Paribas Cardif, kan anmälan även komma att göras till GSR, (försäkringsbranschens gemensamma skadeanmälningsregister), i enlighet med försäkringsvillkoret.

## 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.

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

## BLANKETTEN INSÄNDES 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