

**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**

När inträffade skadan? - År/Mån/Dag	Arbetskada/Färdolycksfall till eller från arbetet		NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Trafikolycksfall?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Om Ja, ange till vilket försäkringsbolag olyckan anmäldes	
Ange ort och skadeplats				
Ange händelseförlopp samt övriga omständigheter				
Vilken kroppsskada blev följden?				
Har denna kroppsdel 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?				

**SJUKDOM**

Sjukdomens namn				
Är besvären anmälda som arbetsskada (arbetssjukdom)	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>		
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 - (Ska alltid fyllas i)

När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom/olycksfall - (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 vilken period, fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)		
Sjukanmäld fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)	I vilken omfattning?	
När beräknar du att kunna återgå i arbete? - (År/Mån/Dag)	I vilken omfattning? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis	

## UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGENFÖRETAGARE

Anställd fr o m - t o m - (År/Mån/Dag) <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Företagare	Månadslön	
Anställningens omfattning i procent	Timmar per vecka	Yrke
Arbetsgivarens/Företagets namn	Telefonnr	
Adress	Postnr	Ort
Är du genom din anställning ansluten till ITP eller AFA? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ansluten till:		

## ÖVRIGT

Uppbär du / har du vid något tillfälle uppburit aktivitetsersättning eller sjukersättning (inte att förväxlas med sjukpenning)? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m	Har du ett särskilt anpassat arbete eller en s.k lönebidragsanställning på grund av sjukdom eller olycksfall? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, fr o m
Har du någon annan sjukförsäkring/inkomstförsäkring? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA, ange i vilket bolag:	

### VIKTIGT Bifoga

- Datautskrift från försäkringskassan, intyg om utbetald sjukpenning/annan ersättning för de senaste fem åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida).
- Läkarintyg och kopior av försäkringskassans utbetalningsspecifikationer.

BNP Paribas Cardif skall omgående informeras i det fall arbete utförs i annan omfattning än vad som framgår av insända intyg eller i de fall omständigheter i övrigt har förändrats vilka kan påverka rätten till ersättning.

## 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 person-uppgifter 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