

**ANMÄLAN AVSER**

|   |     |                              |  |
|---|-----|------------------------------|--|
| Skadenummer:  |     |                              |  |
| Namn  |     | Personnummer                 |  |
| Adress  |     | Telefon dagtid (även riktnr) |  |
| Postnummer  | Ort | E-mail                       |  |
| Om vården avser medförsäkrat barn: Ange försäkrad förälders namn och personnummer |     |                              |  |

**SJUKDOM**

|   |  |                                 |                                |                                |                        |
|---|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Vad är anledningen till att du söker vård? Ange även vilken sjukdom/kroppsskada, kroppsdel samt höger/vänster etc.  |  |                                 |                                |                                |                        |
| När märktes de första symptomen? - (År/Mån/Dag)   |  |                                 |                                |                                |                        |
| Har du tidigare sökt vård/ behandling för denna sjukdom/detta besvär? Här avses besök hos läkare/ sjuksköterska/sjukgymnast/naprapat/kiropraktor/ psykolog/annan vårdgivare, både inom privat och offentlig vård. |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, ange när?               |                        |
| Blev du helt återställd?  |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, fr o m - (År/Mån/Dag)   |                        |
| Har du fått receptbelagda läkemedel för denna sjukdom/detta besvär?   |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, ange namn på läkemedlet | Om JA, ange tidsperiod |

**OLYCKSFALL**

|   |  |                                 |                                |                            |                                   |
|---|--|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| När inträffade skadan? - (År/Mån/Dag)                                   |  | Ange ort och skadeplats         |                                |                            |                                   |
| Ange händelseförlopp samt övriga omständigheter                         |  |                                 |                                |                            |                                   |
| Vilken kroppsskada blev följden? Ange kroppsdel samt höger/vänster etc. |  |                                 |                                |                            |                                   |
| Har du sökt vård/ behandling för dessa besvär?                          |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, var?                |                                   |
| Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?      |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, när? - (År/Mån/Dag) |                                   |
| På vilket sätt?   |  |                                 |                                |                            |                                   |
| Vilken vårdinrättning anlätades då?                                     |  |                                 |                                |                            |                                   |
| Uppstod kroppsskadan vid utövande av någon sport/ idrott?               |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om JA, vilken/vilka?       | På vilken nivå? (elit, div 1 etc) |
| Har du inkomst eller sponsring i samband med ditt idrottande?           |  | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> |                            |                                   |

VÄND för underskrift

## ÖVRIG INFORMATION

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## UNDERSKRIFT

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 (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

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 |
| Namnförtydligande | 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