



Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på www.bnpparibascardif.se

ANMÄLAN AVSER

Lånenummer:		
Namn		Personnr
Adress		Telefon dagtid (även riktnr)
Postnr	Ort	Mobil
		Mejl

Utbetalning önskas insatt på (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
------------------------------------	------------	---------	------

SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG FÖRE ARBETSLÖSHET

<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"/> Företagare
Arbetsgivarens/företagets namn	Telefon (även riktnr)
Adress	Postnr
	Ort
Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan - (År/Mån/Dag)	Anställningen/företaget upphörde - (År/Mån/Dag)
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? - (År/Mån/Dag)	Ange orsak till att anställningen/företaget upphörde

ÖVRIGT

Har du varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning? Obs! Detta är inte är samma som 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 ersättning Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan) Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
------------------------------------	--

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

UNDERSKRIFT - Kontrollera att alla frågor är besvarade och att samtliga handlingar är bifogade

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. Jag medger att långivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk.

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

BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Om du har frågor om blanketten, ring oss på 0771-40 04 16.

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB. Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är BNP Paribas Cardif Försäkring AB.