

ANMÄLAN AVSER

Kreditnummer:		
Den avlidnes/försäkrades namn	Personnr	
Adress	Postnr	Ort

VIKTIGT
Bifoga

- Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg"
- Dödsorsaksintyg, journalkopior eller liknande dokument som visar dödsorsak och eventuell sjukdomsdebut
- Datautskrift från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren

UPPGIFTER OM DÖDSFALLET

Datum för dödsfallet - (År/Mån/Dag)

Dödsorsak

<input type="checkbox"/> Dödsfall pga sjukdom, ange vilken sjukdom:	När märktes de första symptomen på sjukdomen? - (År/Månad)
<input type="checkbox"/> Dödsfall pga olycksfall, ange vad som inträffat:	När inträffade olycksfallet? - (År/Månad)
<input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken:	

Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av dödsorsaken?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

UPPGIFTER OM TIDIGARE SJUKDOM/SKADA

Har den avlidne tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/skada?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> VET EJ	Om Ja, när? - (År/Mån/Dag)
Om Ja, vilken sjukdom/skada?		

Vilken vårdinrättning anlätades då?

Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort
Vårdinrättningens namn		
Adress	Postnr	Ort

Den avlidnes namn	Den avlidnes personnr
-------------------	-----------------------

UPPGIFT OM VÅRDcentral/FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhörde den avlidne? (Namn och ort)

SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG

<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	Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan - (År/Mån/Dag)	

ÖVRIG INFORMATION

FÖRETRÄDARE FÖR DÖDSBOET

Namn		Samhörighet med den avlidne
Adress		
Postnr	Ort	Telefon dagtid (även riktnr)

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

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

Underskrift av företrädare för dödsboet

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är sanningsenliga och så fullständiga som möjligt. Jag medger att kreditgivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga detta ersättningsanspråk.
Som företrädare för dödsboet lämnas samtycke till att läkare eller annan sjukvårdspersonal eller sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna BNP Paribas Cardif de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som bolaget anser sig behöva för att handlägga detta ersättningsanspråk.

Ort	Datum - År/Mån/Dag	Namn-teckning
		Namn-förtydligande

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.