



Skademeldingen gjelder Sykdom Ulykke

Kredittkortnummer	Kortutsteder	
Navn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse	Postnummer	Sted
Telefonnummer	E-post	

ARBEIDSFORHOLD

Opplysningene gjelder stillingen du hadde da du ble sykemeldt for sykdommen/ulykken

Arbeidsgiver	Stilling	
Type ansettelse <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Annet	Hvis annet, spesifiser	
Stillingsprosent/antall arbeidstimer pr. uke	For selvstendig næringsdrivende, oppgi navn og org.nr til selskapet	
Ansatt siden (dd/mm/åå)	Siste arbeidsdag før sykemelding (dd/mm/åå)	Når ble/blir arbeidet gjenopptatt?

OPPLYSNINGER OM SYKEMELDINGSPERIODEN

Navn på behandlende lege/legekontor		
Adresse	Postnummer	Sted
Sykemeldingsperiode (fom. - tom.)	Når oppsøkte du legen for sykdommen/ulykken? (dd/mm/åå)	
Har du blitt behandlet av samme lege/legekontor i hele sykemeldingsperioden? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Hvis nei, oppgi navn på andre leger/legekontorer		
Har du vært innlagt på sykehus? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Hvis ja, hvilket?	
For hvilken periode? (fom. - tom.)		
Er du tilbake i arbeid, og i så fall fra hvilken dato? (dd/mm/åå)	I hvilken omfang? <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 %	

VIKTIG!

Følgende skal vedlegges denne skademeldingen.

Kopi av alle dine sykemeldinger (del B)

(Om du ikke har kopi av sykemeldingene, så send inn legeerklæring som oppgir diagnosen, gradering og hele sykemeldingsperioden).

I tillegg trenger vi dokumentasjon ved:

- **Rygg/nakkedidelser:** Funn fra MR, røntgen eller andre objektive undersøkelser.

Du må fortsette å betjene lånet mens behandlingen av saken pågår.

OPPLYSNINGER OM SYKDOMMEN/ULYKKEN

Sykdommens/diagnosens navn	
Når merket du de første symptomene? (dd/mm/åå)	Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå)
Har du tidligere hatt samme sykdom/ulykke eller hatt liknende sykdom/symptomer? <input type="checkbox"/> JA, år _____ <input type="checkbox"/> NEI	
Hvis ja, beskriv når og hvilke sykdommer/symptomer du har hatt	
Hvis ja, daværende legekontors/sykehus navn og adresse	
Ved ulykke, når skjedde ulykken? (dd/mm/åå)	Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå)
Hva var det som skjedde? (hendelsesforløp samt øvrige omstendigheter)	

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER

Behandling av helseopplysninger: For informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger, se www.bnpparibascardif.no/personopplysninger

ERKLÆRING

Erklæring

Undertegnede har meldt ifra om personskade etter sykdom/ulykke til BNP Paribas Cardif. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige og fullstendige opplysninger om skadetilfellet, og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav.

I forbindelse med innsendt dokumentasjon tillater jeg långiver å utlevere den informasjon og de opplysningene BNP Paribas Cardif trenger for å behandle mine erstatningskrav. Jeg samtykker i at alle opplysninger blir lagret elektronisk av forsikringsgiver.

Dato	Sted
Underskrift	Navn i blokkbokstaver

**SKJEMAET (MED VEDLEGG) SENDES TIL
BNP Paribas Cardif, Postboks 140 Sentrum, 0102 Oslo**

BNP Paribas Cardif Skadeforsikring NUF, NO Org.nr 992 001 720, norsk filial av BNP Paribas Cardif Försäkring AB, SE Org.nr 516406-0567
BNP Paribas Cardif Livsforsikring NUF, NO Org.nr 892 001 782, norsk filial av BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB, SE Org.nr 516406-0559