



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

**ARBEIDSFORHOLD**

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	Ansatt siden (dd/mm/åå)	
For selvstendig næringsdrivende, oppgi navn og org.nr til selskapet		

**SYKDOMMEN**

Sykdommens/diagnosens navn	
Navn på behandlende fastlege/lege/legekontor	
Når merket du de første symptomene? (dd/mm/åå)	Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå)
Dato for stilt diagnose (dd/mm/åå)	Har du vært sykemeldt? Oppgi sykemeldingsperiode (fom.-tom.)
Har du tidligere hatt samme sykdom eller hatt liknende sykdom/symptomer? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Hvis ja, beskriv når og hvilke sykdommer/symptomer du har hatt	
Hvis ja, daværende leges navn og adresse	

**ERKLÆRING**

<b>Erklæring</b> Undertegnede har meldt ifra om personskade etter kritisk sykdom 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

**Merk! Skjemaet på side 2 må fylles ut av behandlende lege/fastlege eller sykehus**

## LEGEERKLÆRING

Dette må fylles ut av behandlende lege/fastlege eller sykehus

Pasientens navn	Personnummer
Dato for første konsultasjon relatert til denne diagnosen (dd/mm/åå)	Diagnosedato (dd/mm/åå)

### Informasjon til lege/sykehus

Vi må også få journaler hvor det fremkommer når sykdommen/diagnosen først ble påvist.

**Bekreft og kryss av for aktuell diagnose (alle diagnoser må krysses i ja eller nei):**

**JA NEI**

#### Hjerteinfarkt

Definert som død av en del av hjertets muskulatur som følge av utilstrekkelig blodforsyning godtgjort ved en episode med typiske brystmerter, ferske elektrokardiografiske forandringer og økning av hjerteenzymmer.

#### Hjerneslag

Definert som en cerebrovaskulær hendelse som fører til permanent nevrologisk skade.

#### Kreft

Definert som en ondartet svulst som er positivt diagnostisert med histologisk bekreftelse og karakterisert av en ukontrollert vekst av ondartede celler eller invasjon av vev. Omfatter leukemi, lymfoma og sarcoma.

#### Nyresvikt

Definert som sluttstadiet i en kronisk irreversibel svikt av begge nyrens funksjon som fører til enten regelmessig dialyse eller at nyretransplantasjon blir satt i verk.

#### Transplantasjon av stort organ

Definert som transplantasjon av hjerte, lever, lunge, pancreas eller benmarg.

#### Koronarsykdom behandlet med åpen hjertekirurgi

Definert som innsnevring eller tilstopping av minst to kronararterier, der behandlingen har vært innsetting av by-passgrafter gjennom åpning av brystkassen.

Annet, beskriv \_\_\_\_\_

**Er sykdommen en eller flere av følgende tilstander (alle diagnoser må krysses i ja eller nei):**

**JA NEI**

**Hudkreft**, (unntatt invasivt malignt melanom), ikke-invasiv cancer in situ og svulster ved HIV-infeksjon, krefttyper som er histologisk klassifisert som pre-ondartet f.eks thrombocythaemia og polycythaemia rubra vera, krefttyper som grenser til ondartet, eller krefttyper som har lavt ondartet potensial.

**Svulster i prostata**, med mindre disse er histologisk klassifisert å ha en Gleason score større enn 6, eller svulster som er fremskredet til minst en klinisk TNM klassifikasjon T2N0M0.

**Kronisk lymfocytisk leukemi**, med mindre denne er histologisk klassifisert til minst Binet nivå A.

**Forbigående ischemisk anfall (TIA) eller anfall av cerebrovaskulær ischæmi.**

**Koronarsykdom uten hjerteinfarkt**, behandlet med ballong-angioplastikk, laserbehandling el. l. prosedyrer.

## ERKLÆRING

Jeg erklærer at ovennevnte pasient er under behandling/oppfølging av meg, og at informasjonen over er korrekt, basert på min kunnskap om pasienten.

Sted og dato	Legens underskrift
--------------	--------------------

**LEGENS STEMPEL:**

**Behandling av personopplysninger:** For informasjon om hvordan vi behandler dine personopplysninger, se [www.bnpparibascardif.no/personopplysninger](http://www.bnpparibascardif.no/personopplysninger)

**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