



ANMÄLAN AVSER

Kortnummer		- X X X X - X X X X -													
Namn				Personnr											
Adress				Telefon dagtid (även riktnr)						Mobil					
Postnr		Ort		Mejl											

VIKTIGT Bifoga kopior av	<ul style="list-style-type: none">• Läkarintyg eller journalkopior där sjukdom/diagnos och sjukdomsdebut framgår• Datautskriften från Försäkringskassan, försäkringsbild (O30-bild) och• Intyg om ersättningar/sjukperioder (O37-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)
------------------------------------	---

SJUKDOM

Vilken sjukdom/diagnos avser anmälan?		Datum för diagnos? - (År/Mån/Dag)	
När märktes de första symtomen? - (År/Mån/Dag)		När anlätades läkare första gången för denna sjukdom? - (År/Mån/Dag)	
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom/besvär?		NEJ <input type="checkbox"/>	JÄ <input type="checkbox"/>
Vilken sjukdom/sjukdomar/besvär var då aktuella?		Om Ja, när?	
Vilken/vilka vårdinrättningar anlätades då? - (Namn och ort)			

VÅRD/BEHANDLING

Vilken läkare behandlar dig nu?		Vårdinrättningens namn	
Adress		Postnr	Ort
Vilka andra vårdinrättningar har du besökt på grund av anmäld sjukdom? - (Namn och ort)			
Har du vårdats på sjukhus?		NEJ <input type="checkbox"/>	JÄ <input type="checkbox"/>
Under vilka perioder fr o m - t o m - (År/Mån/Dag)		Om Ja, vilket?	

Vårdcentral/Företagshälsovård

Vilken vårdcentral eller företagshälsovård tillhör du? - (Namn och ort)	

UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/FÖRETAG

Har du en tillsvidareanställning eller är du företagare? Om NEJ ange när du senast var tillsvidareanställd/företagare	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Anställd hos nuvarande arbetsgivare/är företagare fr o m - (År/Mån/Dag)
Arbetsgivarens/företagets namn	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Företagare	Anställningens omfattning, timmar per vecka
Adress	Postnr	Ort	
Arbetsgivarens telefon (även riktnr)			

ÖVRIGT

Har du varit berättigad till sjuk- eller aktivitetsersättning? Obs! Detta är inte 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:
--	--

ÖVRIG INFORMATION

Behandling av hälsuppgifter: 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 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 kreditgivaren får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga mina ersättningsanspråk i detta ärende.

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namnteckning
Personnr		Namnfortydligande

BLANKETTEN SKICKAS 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.