



**ANMÄLAN AVSER**

Kortnummer															-	X	X	X	X	-	X	X	X	X	-						
Den avlidnes/försäkrades namn										Personnr																					
Adress										Postnr										Ort											

<b>VIKTIGT</b> Bifoga	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registerutdrag från Skatteverket "Dödsfallsintyg"</li><li>• Dödsorsaksintyg, journalkopior eller liknande dokument som visar dödsorsak och eventuell sjukdomsdebut</li><li>• Datautskriften från Försäkringskassan, försäkringsbild (030-bild) och</li><li>• Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste fem åren</li></ul>
--------------------------	---

**UPPGIFTER OM DÖDSFALLET**

Datum för dödsfallet - (År/Mån/Dag)

**Dödsorsak**

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

**Vilka vårdinrättningar har den avlidne besökt med anledning av orsaken till dödsfallet?**

Vårdinrättningar - (Namn och ort)

**UPPGIFTER OM TIDIGARE SJUKDOM/SKADA**

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

**Vilka vårdinrättningar anlätades då?**

Vårdinrättningar - (Namn och 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 hälsouppgifter:** För information om hur vi behandlar personuppgifter, se [www.bnpparibascardif.se/personuppgifter](http://www.bnpparibascardif.se/personuppgifter).

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

### Underskrift av företrädare för dödsboet

Riktigheten av ovanstående uppgifter bestyrks. 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	Namnteckning
		Namnförtydligande

**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.