



Du vet väl att du kan göra din skadeanmälan på www.bnpparibascardif.se

ANMÄLAN AVSER

Lånenummer:	
Namn	Personnr
Adress	Telefon dagtid (även riktnr) Mobil
Postnr Ort	Mejl

SENASTE ANSTÄLLNING/FÖRETAG FÖRE ARBETSLÖSHET

<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	Telefon (även riktnr)
Adress	Postnr Ort
Anställd hos arbetsgivaren/företagare sedan (år/mån/dag)	Anställningen/företaget upphörde (år/mån/dag)
När fick du veta att du riskerade att bli arbetslös? (år/mån/dag)	Ange orsak till att anställningen/företaget upphörde

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:
--	--

VIKTIGT Bifoga kopior av

- Arbetsgivarintyg (de som inlämnats till A-kassan)
- A-kassans beslut om ersättning
- Utbetalningsspecifikationer från A-kassan (från och med första arbetslöshetsveckan)
- Intyg om ersättningar/sjukperioder (037-intyg) för de senaste två åren (kan beställas från Försäkringskassans hemsida)

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 långgivaren 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)	Namn/teckning
Personnr		Namn/förtydligande

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.