

**OPPLYSNINGER OM AVDØDE**

Lånenummer	Lånegiver	
Navn	Personnummer	
Adresse	Postnummer	Sted
Navn på siste arbeidsgiver		
Adresse	Postnummer	Sted
Type ansettelse <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Annet	Var avdøde pensjonert på dødsdagen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Ansatt siden (dd/mm/åå)	Dato for siste arbeidsdag (dd/mm/åå)	

**OPPLYSNINGER OM PÅRØRENDE ELLER BOET**

Navn	Personnummer	
Adresse	Postnummer	Sted
Telefonnummer	E-post	
Korrespondanse ønskes pr <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> brev	Tilhørighet til avdøde	

**FULLMAKT OG ERKLÆRING**

<b>Fullmakt</b> Jeg samtykker i at BNP Paribas Cardif kan innhente legeerklæringer/ uttalelser fra den/de oppgitte leger/behandlere/ helseinstitusjoner som har undersøkt avdøde i forbindelse med dette krav. Jeg fritar dermed ovennevnte fra sin taushetsplikt selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Ønsker BNP Paribas Cardif informasjon fra andre kilder eller utfyllende opplysninger; plikter selskapet å innhente en utvidet fullmakt. Hvis BNP Paribas Cardif innhenter ytterlige opplysninger vil jeg få skriftlig beskjed om det. Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til selskapet.  Jeg samtykker til fullmakten: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<b>Erklæring</b> Undertegnede har meldt ifra om personskade etter dødsfall 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.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

For å kunne behandle ditt krav er det nødvendig at du signerer og fyller inn dato i feltene under.

Underskrift	Navn i blokkbokstaver
Dato	Sted

**VIKTIG!**

Følgende skal vedlegges denne skademeldingen.

**Legeerklæring med informasjon om dødsdato og dødsårsak**

Ved dødsfall grunnet sykdom må også sykemeldingshistorikk og diagnosedato oppgis i legeerklæringen

## OPPLYSNINGER OM DØDSFALLET

Dato for dødsfallet (dd/mm/åå)

### Dødsårsak

Dødsfall pga sykdom, oppgi hvilken sykdom:

Dødsfall pga ulykke, oppgi type hendelse:

Annen årsak, oppgi årsak:

### Behandlerende leger/sykehus ifm. dødsårsaken

Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted
Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted

## OPPLYSNINGER OM TIDLIGERE SYKDOM/SKADE

Har avdøde tidligere hatt samme eller liknende sykdom/skade? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> VET IKKE	Hvis Ja, når? (dd/mm/åå)	
Hvis Ja, hvilken sykdom/skade	Postnummer	Sted

### Hvem var behandlerende lege/sykehus da?

Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted
Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted

## YTTERLIGERE OPPLYSNINGER


**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:**

**forsikring@bnpparibascardif.no eller 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