



Lånenummer	Lånegiver	
Navn	Personnummer	
Adresse	Postnummer	Sted
Telefonnummer	E-post	
Korrespondanse ønskes pr <input type="checkbox"/> e-post <input type="checkbox"/> brev	Kontonummer for utbetaling	

ARBEIDSFORHOLD

Opplysningene gjelder stillingen du hadde når du ble sykemeldt for sykdommen/ulykken

Navn på selskap	Org.nr til selskapet
Stilling	Ansatt siden (dd/mm/åå)
Siste arbeidsdag før sykemelding (dd/mm/åå)	Når ble/blir arbeidet gjenopptatt? (dd/mm/åå)

FULLMAKT OG ERKLÆRING

Fullmakt Jeg samtykker i at BNP Paribas Cardif kan innhente legerklæringer/ sykmeldingsoversikter fra den/de oppgitte leger/behandlere/ helseinstitusjoner som har undersøkt meg i forbindelse med skaden(e)/ sykdommen(e) som jeg søker erstatning for. 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	Erklæring Undertegnede har meldt ifra om personskade etter sykdom/ ulykke 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.

Bekreftelse fra sykehuset som dokumenterer årsaken til innleggelsen, diagnosen og hele sykemeldingsperioden

OPPLYSNINGER OM SYKDOMMEN/ULYKKEN

Sykdommens/diagnosens navn	
Når merket du de første symptomene? (dd/mm/åå)	Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå)
Siste dag du var i arbeid (dd/mm/åå)	
Periode sykehusinnleggelse (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	

Opplysninger om behandling

Navn på sykehus		
Navn på behandlende lege		
Adresse	Postnummer	Sted
Har du blitt behandlet av andre sykehus/lege i hele sykemeldingsperioden? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Hvis Ja, oppgi navn på andre leger/legekontorer		
For hvilken periode? (fom.-tom.)	Er du tilbake i arbeid, og i så fall fra hvilken dato? (dd/mm/åå)	

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER

Samtykke til behandling av helseopplysninger:

- Jeg samtykker til at de helseopplysningene jeg oppgir i denne skademeldingen behandles av BNP Paribas Cardif for å behandle mitt forsikringskrav. Om samtykke ikke gis kan skademeldingen ikke behandles. For informasjon om hvordan vi behandler dine personopplysninger se 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