BNP PARIBAS CARDIF

Express Bank

Skadeanmeldelse ved ufrivillig arbejdsløshed for selvstændige
Kreditsikring / Lånesikring

Du kan også anmelde din skade digitalt på www.bnpparibascardif.dk

UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER

ANMELDELSE FOR

Evt. policenummer:	
Forsikredes navn	Cpr-nr
Adresse	Telefon / Mobil
Postnr / By	E-mailadresse

OPLYSNINGER OM VIRKSOMHEDEN

Virksomhedens navn	
CVR-nr	Telefon / mobil
Adresse	Postnr / By
Dato for start af virksomheden (dag/måned/år)	Dato for ophør af virksomheden (dag/måned/år)
Siden hvornår har du haft viden om risiko for ophør af virksomheden (dag/måned/år)	Antal ugentlige arbejdstimer

SENERE ANSÆTTELSE (udfyldes kun hvis ovenstående ansættelse var kortere end 6 måneder)

Virksomhedens navn / Arbejdsgiver	Antal ugentlige arbejdstimer
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede (dag/måned/år)	Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede/ophør af virksomhed (dag/måned/år)

ØVRIG INFORMATION

VIGTIGT
Vedlæg kopier af

- **Dato for opstart af virksomheden**
- **Årsag til ophør af virksomheden og dokumentation for at virksomheden er ophørt**
- **Godkendelsesbrev fra A-kassen "*Ret til dagpenge*" eller lignende ydelse**
- **Hvis du ikke har ret til dagpenge eller lignende offentlig ydelse vedlæg tilmelding til jobcenter**

Fortsættes på næste side

UNDERSKRIFT – Sørg for at alle felterne er udfyldt og at alt dokumentation er vedlagt anmeldelsen

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra BNP Paribas Cardif, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give BNP Paribas Cardif alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give BNP Paribas Cardif alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Udbetaling af forsikring

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at BNP Paribas Cardif har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som BNP Paribas Cardif ønsker at få oplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Samtykke

Undertegnede, som er aktiv arbejdssøgende og står til fuld rådighed for det danske almindelige arbejdsmarked, anmoder hermed om udbetaling af forsikringsydelse i henhold til gældende forsikringsbetingelser.

Jeg giver hermed BNP Paribas Cardif fuldmagt til på mine vegne at søge oplysninger hos min nuværende/tidligere arbejdsgiver, jobcenter, A-kasse, kommune m.m., der vil kunne bruges til vurdering af min anmeldelse. Jeg er indforstået med, at jeg for egen regning skal fremskaffe de af BNP Paribas Cardif forlangte dokumenter til brug for vurdering af min anmeldelse.

Jeg er indforstået med, at alle oplysninger i denne anmeldelse bliver lagret på datamedie, og brugt af BNP Paribas Cardif og andre selskaber i BNP Paribas Cardif koncernen indenfor EU og EØS til at behandle min anmeldelse.

BNP Paribas Cardif er ansvarlig for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning. Hvis der forekommer fejl og mangler i dine oplysninger og du ønsker rettelse af disse kan du kontakte BNP Paribas Cardif.

Jeg accepterer hermed at BNP Paribas Cardif må bruge alt eletronisk kommunikation, inkl. e-mail, når der afsendes og modtages personlige data relateret til min sag. Dette omhandler ikke helbredsoplysninger og informationer om arbejdsforhold mellem BNP Paribas Cardif og andre personer og instanser nævnt i denne erklæring.

Jeg bekræfter hermed på Tro og Love, at ovenstående oplysninger er korrekte, samt at jeg har læst og accepteret erklæringen/samtykke, og accepterer, at BNP Paribas Cardif kan kræve eventuelle ydelser tilbagebetalt, hvis jeg har angivet urigtige oplysninger.

Bekræft venligst din accept ved din underskrift:

Underskrift af den forsikrede

By	Dato (dag/måned/år)	Underskrift
Cpr-nr		Navn skrevet tydeligt

Behandling af helbredsoplysninger: For information om hvordan vi behandler persondata, se **www.bnpparibascardif.dk/persondata**

BLANKETTEN SENDES I ORIGINAL TIL: BNP Paribas Cardif, Postboks 73, 2770 Kastrup
eller upload via www.bnpparibascardif.dk

Forsikringsgiver for dødsfaldsdækning er BNP Paribas Cardif Livforsikring AB. Forsikringsgiver for øvrige personforsikringer er BNP Paribas Cardif Forsikring AB. Adressen til forsikringsgiver er c/o BNP Paribas Cardif Nordic AB, Box 24110, 400 22 Göteborg, Sverige. Forsikringsgiver er repræsenteret i Danmark ved sine filialer med adresse BNP Paribas Cardif, Postboks 73, 2770 Kastrup.