


VIGTIG VEJLEDNING, LÆSES FØR UDFYLDELSE AF DENNE ANMELDELSE;

- Husk følgende dokumentation skal vedlægges anmeldelsen;**
 - Kopi af evt. lægeerklæring
 - Kopi af evt. skadeseddel
 - Kopi af evt. politirapport
 - Kopi af evt. epikrise
 - Kopi af kørekort ved uheld med motorkøretøjer
- For hurtigere sagsbehandling, bedes du sørger for følgende;**
 - At sikre dig, at alle felterne er udfyldt i læsbar skrift "*Blokbogstaver*"
 - At sikre dig, at alt dokumentation er vedlagt anmeldelsen
 - At sikre dig, at underskrive samtykkeerklæringen "FP602".
Hvis skadeanmeldelsen drejer som om et børneulykkestilfælde, er det den som har forældremyndigheden som skal underskrive samtykkeerklæringen
- Anmeldelsen kan sendes på følgende måder;**
 - Post adresse: BNP Paribas Cardif Nordic AB, SE-401 10 Göteborg, Sverige
 - Email: skade@bnpparibascardif.dk

UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER

ANMELDELSEN GÆLDER FOR

Policenummer:		CPR-nr.:
Forsikredes navn:		Telefon:
Adresse:		Mobil:
Postnummer:	By:	E-mail adresse:
Forsikredes stilling:		

OPLYSNINGER TIL BRUG FOR UDBETALING

Kontohaver:	
Pengeinstitut og afdeling:	
Reg.nr.:	Kontonr.:

OPLYSNINGER OM NAVN OG ADRESSE PÅ PRAKTISERENDE LÆGE FOR FORSIKREDE

Praktiserende læges navn:		
Adresse:	Postnummer:	By:

OPLYSNINGER OM ULYKKEN

Den/de legemsdele der er beskadiget:	
Dato for ulykkens indtræden - Dag/Md/År:	
Hvor skete ulykken?	Ved ulykke i udlandet bedes land og udreisedato oplyst:
I hvilken anledning befandt forsikrede sig på skadestedet?	


FORTS. OPLYSNINGER OM ULYKKEN

Beskriv udførligt ulykkens hændelseforløb:

Var der andre personer indblandet i eller direkte årsag til skaden?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvad gjorde denne person/disse personer?			
Havde forsikrede drukket øl, vin eller spiritus?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Var forsikrede påvirket af euforiserende stoffer? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Er der optaget politirapport:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilken politistation:
Ved uheld med bil/motorcykel/scooter/knallert, bedes mærke og registreringsnummer oplyst:			
Kørekort til det involverede køretøj:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, vedlæg kopi af kørekortet:
Skete der skade på tænder?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	

Hvornår opdagede forsikrede personskade første gang - Dag/Md/År:	Hvornår opsøgte forsikrede læge første gang - Dag/Md/År:
Hos hvem fik forsikrede den første lægehjælp (navn, adresse på læge/sygehus):	

Hvilken behandling, herunder undersøgelse, operation og kontrol har forsikrede modtaget:

Dato:	Behandlingssted:	Behandling:
Dato:	Behandlingssted:	Behandling:
Dato:	Behandlingssted:	Behandling:
Dato:	Behandlingssted:	Behandling:

Er forsikrede færdigbehandlet:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	
Har forsikrede før uheldet haft skader eller sygdom i eller omkring samme legemsdel?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys hvornår (Dag/Md/År), behandling forsikrede modtog og om det efterlod varige mén:
Blev den tidligere skade eller sygdom anmeldt til en forsikring/offentlig myndighed:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	
Dokumentation på forsikrede personskader skal, så vidt det er muligt, vedlægges. Vedlagt er:			
<input type="checkbox"/> Epikrese <input type="checkbox"/> Skadeseddel <input type="checkbox"/> Politirapport <input type="checkbox"/> Legeerklæring <input type="checkbox"/> Kørekort <input type="checkbox"/> Andet:			

OPLYSNINGER OM ANDRE FORSIKRINGER

Er forsikrede medlem af Sygesikringen "danmark":	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys policenr.:
Er forsikrede omfattet af en ulykkesforsikring:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys hvor og policenr.:
Er eller bliver uheldet anmeldt til arbejdsskadeforsikringen:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys hvor og policenr.:
Er eller bliver uheldet anmeldt til skadevolders ansvarsforsikring:	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oplys hvor og policenr.:


Samtykke til behandling af helbredsoplysninger:

- Jeg giver mit samtykke til, at de helbredsoplysninger, som jeg angiver i denne skadeanmeldelse, bliver behandlet af BNP Paribas Cardif for at håndtere min skadesag. Hvis der ikke gives noget samtykke, kan skadeanmeldelsen ikke blive behandlet. For information om hvordan vi behandler dine personoplysninger, se venligst www.bnpparibascardif.dk/personoplysninger

FORSIKREDES UNDERSKRIFT

(Ved børneulykke skal den som har forældremyndigheden underskrive på vegne af barnet samt oplyse sit personnummer)

FP602 - 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.

Din læge m.fl. kan videregive oplysninger

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet den. En kopi af denne 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.

Du får besked hver gang BNP Paribas Cardif indhenter oplysninger

Hver gang BNP Paribas Cardif indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, forsikringselskabet ønsker at hente oplysningerne.

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at BNP Paribas Cardif må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om min helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor BNP Paribas Cardif har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til BNP Paribas Cardif.

Lægeföreningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en aftalt erklæring som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/ Lægeföreningen og Forsikring & Pension 2008

Jeg accepterer hermed at BNP Paribas Cardif må bruge alt elektronisk 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.

CPR-nr. (ved børneulykke er det CPR-nr. på den som har forældremyndigheden som skal oplyse):		Underskrift (ved børneulykke er det den person som har forældremyndigheden som skal underskrive):
By:	Dato - Dag/Md/År:	Navn skrevet tydeligt:

**FP607 - Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v. - Forsikringsbegivenhed - Børn - afgives af forældremyndighedsindehaver(e)****Derfor skal du/I give samtykke**

Når du/I som forældremyndighedsindehaver(e) rejser krav om udbetaling fra BNP Paribas Cardif, er der i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give BNP Paribas Cardif alle tilgængelige og relevante oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse.

Ved fælles forældremyndighed kræves underskrift fra begge forældremyndighedsindehavere eller fuldmagt fra ikke-underskrivende til, at underskriver et berettiget til at give samtykke på begge vegne.

Udbetaling af forsikring

Der er ifølge loven først krav på udbetaling fra forsikringen 14 dage efter, at BNP Paribas Cardif har fået de nødvendige oplysninger. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Læge m.fl. kan videregive oplysninger

Barnets læge kan med dit/jeres samtykke videregive oplysninger om barnets helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringselskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om barnet, dog i henhold til anden lovgivning.

Et samtykke kan altid trækkes tilbage

Et samtykke gælder i et år efter, at det er afgivet. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som BNP Paribas Cardif ønsker at få oplysninger fra. Hvis du/I fortryder samtykket, kan det altid trækkes tilbage.

Du/I får besked hver gang BNP Paribas Cardif indhenter oplysninger

Hver gang BNP Paribas Cardif indhenter konkrete oplysninger, får du/I besked om, hvor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem.

Samtykke

Jeg/vi giver hermed mit samtykke til, at BNP Paribas Cardif må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringselskaber. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringselskaber, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagen.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor BNP Paribas Cardif har bedømt det eventuelle krav på at få udbetaling fra forsikringen.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til BNP Paribas Cardif.

Lægeforeningens Attestudvalg har godkendt, at denne samtykkeerklæring kan anvendes til at indhente helbredsoplysninger m.v. fra læger. Når der indhentes oplysninger fra læger, sker det ved en aftalt erklæring som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis selskabet/pensionskassen anmoder om det. Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2009

Jeg accepterer hermed at BNP Paribas Cardif må bruge alt elektronisk 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.

CPR-nr. og underskrift:		CPR-nr. og underskrift:	
By:	Dato - Dag/Md/År:	Barnets CPR-nr. og navn:	