



Du kan også melde din skade digitalt på <https://claims.bnpparibascardif.dk/cardifdk/>

VIGTIG VEJLEDNING, LÆSES FØR UDFYLDELSE AF DENNE ANMELDELSE;

- Husk følgende dokumentation skal vedlægges anmeldelsen;**
 - Kopi af ansættelsekontrakten
 - Kopi af opsigelsen
 - Kopi af dato for tilmelding til jobcenter *eller*
 - Kopi af dit godkendelsesbrev fra A-kassen "Ret til dagpenge"
- 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
- 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

Lånenummer/Kontonummer:		CPR-nr.:
Forsikredes navn:		Telefon:
Adresse:		Mobil:
Postnummer:	By:	E-mail adresse:

OPLYSNINGER OM ANSÆTTELSESFORHOLD (Sæt kryds)

Fastansat <input type="checkbox"/>	Vikar <input type="checkbox"/>	Flexjob <input type="checkbox"/>	Tidsbestemt ansættelse <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---

1. SENESTE ANSÆTTELSE INDEN ARBEJDSLØSHEDENS INDTRÆDEN

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:		Telefon:	
Adresse:		Postnummer:	By:
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - Dag/Md/År:		Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - Dag/Md/År:	
Siden hvornår har du haft viden om risiko for arbejdsløshed? - Dag/Md/År:		Antal ugentlige arbejdstimer:	
Sagde du selv din nuværende stilling op? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ			

2. SENERE ANSÆTTELSE (UDFYLDES KUN HVIS OVENSTÅENDE ANSÆTTELSE VAR KORTERE END 6 MÅNEDER)

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:	Antal ugentlige arbejdstimer:
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - Dag/Md/År:	Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - Dag/Md/År:

Forsikringsgiver for dødsfaldsdækning er BNP Paribas Cardif Livforsikring AB og øvrige dækninger er BNP Paribas Cardif Forsikring AB. Adressen til forsikringsgiver er Box 24110, 400 22 Göteborg, Sverige. Forsikringsgiver er repræsenteret i Danmark ved sine filialer med adresse BNP Paribas Cardif Nordic AB, SE-401 10 Göteborg, Sverige. Selskaberne hedder tilsammen BNP Paribas Cardif.

**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

DEN FORSIKREDES UNDERSKRIFT**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 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.

Samtykke

Undertegnede, som er aktiv arbejdssøgende og står til fuld rådighed for det danske almindelige arbejdsmarkedet, 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 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.:		Underskrift:
By:	Dato - Dag/Md/År:	Navn skrevet tydeligt:



**Bør kun udfyldes hvis tilmelding til jobcenter eller
godkendelsesbrevet fra din A-kasse ikke er vedlagt**

OPLYSNINGERNE GÆLDER FOR

Forsikredes navn:	CPR-nr.:
-------------------	----------

UDFYLDES AF A-KASSEN/JOBCENTER ELLER KOMMUNEN

Oplys dato for registreret som ledig:	Dag/Md/År:
Oplys om ovennævnte er aktivt arbejdssøgende? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	
Hvis nej, hvorfor?	

STEMPEL A-KASSE/JOBCENTER ELLER KOMMUNEN

--

Dato:	Underskrift:
	Navn skrevet tydeligt: