



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

ANMELDELSE FOR

Lånenummer:	
Navn	Cpr-nr
Adresse	Telefon Mobil
Postnr By	E-mailadresse

OPLYSNINGER TIL BRUG FOR UDBETALING (skriv venligst tydeligt)

<input type="checkbox"/> Nemkonto	<input type="checkbox"/> Bankkonto	Kontonr
Bank		

FULDT TAB AF ERHVERVSEVNE

Jeg har mistet min erhvervsevne helt på grund af:	<input type="checkbox"/> Sygdom <input type="checkbox"/> Ulykke	100% sygemeldt fra den - (dag/måned/år)
---	---	---

VED SYGDOM

Hvilken sygdom/diagnose gælder anmeldelsen for?		
Hvornår opsøgte du læge første gang for denne sygdom? - (dag/måned/år)	Hvornår bemærkede du de første symptomer? - (dag/måned/år)	
Har du tidligere lidt af samme eller lignende sygdom/symptomer?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, dato for hvornår - (dag/måned/år)
Hvilken sygdom/hvilke symptomer led du af?		

VED ULYKKE

Hvornår indtraf ulykken? - (dag/måned/år)	By/land	
Beskriv udførligt ulykkens hændelsesforløb:		
Hvilken legemsdel/hvilke legemsdele er beskadiget?		
Er denne legemsdel tidligere blevet udsat for skader eller sygdom?	<input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, hvornår?
På hvilken måde?		


OPLYSNINGER OM BEHANDLING

Hvornår opsøgte du læge første gang for denne skade/sygdom? - (dag/måned/år)	Lægens navn/navn på lægehus	
Adresse	Postnr	By
Hvilken læge behandler dig idag?	Navn på lægehus	
Adresse	Postnr	By
Har du været i behandling på sygehus? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, hvilket sygehus?	
Under hvilke perioder (fra - til)		
Hvornår regner du med at kunne genoptage arbejdet igen? - (dag/måned/år)	I hvilken udstrækning (på deltid/fuld tid)?	

OPLYSNINGER OM ANSÆTTELSE/FIRMA

Har du en fastansættelse, eller er du selvstændig erhvervsdrivende? Hvis NEJ, hvornår havde du sidst en fastansættelse/var du selvstændig erhvervsdrivende? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Ansæt hos nuværende arbejdsgiver/er selvstændig fra den - (dag/måned/år)	
Arbejdsgiverens navn/navn på selvstændig erhvervsdrivende	<input type="checkbox"/> Ansat <input type="checkbox"/> Selvstændig erhvervsdrivende	Ansættelsens udstrækning, timer per uge
Adresse	Postnr	By
Arbejdsgiverens telefon		

ØVRIGT

VIGTIGT Vedlæg kopier af	<ul style="list-style-type: none"> • Sygedagpengespecifikation fra kommunen/sygeerstatningsdokument fra din arbejdsgiver. • Lægeerklæring, med angivelse af 100% sygemelding, årsagen til sygemeldingen samt datoer for hvornår den startede, og hvor længe den kan tænkes vare.
---------------------------------------	--

ØVRIG INFORMATION

--

Sørg for at alle felter er udfyldt, og at al dokumentation er vedlagt

ANMELDELSSEN SENDES TIL:
BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG ELLER VIA E-MAIL: SKADE@CARDIF.DK

Forsikringsgiver for dødsfaldsdækning er BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB, og øvrige dækninger er BNP Paribas Cardif Försäkring AB. Adressen til forsikringsgiver er Box 24110, 400 20 Göteborg, Sverige. Forsikringsgiver er repræsenteret i Danmark ved sine filialer med adresse BNP Paribas Cardif Nordic AB, SE-401 10 Göteborg, Sverige. Selskaberne hedder sammen BNP Paribas Cardif AB.


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
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 kommuner, 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/pensionskassen anmoder om det.
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.	Underskrift	
By	Dato - Dag/Md/År	Navn skrevet tydeligt

Forsikringsgiver for dødsfaldsdækning er BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB og øvrige dækninger er BNP Paribas Cardif Försäkring 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.