



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

UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER

ANMELDELSE FOR

Evt. policenummer:		<input type="checkbox"/> Lønmodtager	<input type="checkbox"/> Selvstændige
Forsikredes navn		Cpr-nr	
Adresse		Telefon	Mobil
Postnr	By	E-mailadresse	

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)
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

OPLYSNINGER OM SYGDOMMEN / ULYKKEN

Sygdommens/ulykkens navn:	
Beskriv sygdommens/ulykkens hændelsesforløb:	
Hvornår bemærkede du de første symptomer? (dag/måned/år)	Dato for første sygedag i forbindelse med sygdommens/ulykkens indtræden (dag/måned/år)
Hvornår opsøgte du læge første gang for sygdommen/ulykken?	Var du i arbejde da sygdommen/ulykken opstod? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
Har du lidt af samme eller lignende sygdom tidligere? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	Hvis JA, dato for hvornår? (dag/måned/år)

OPLYSNINGER OM NAVN OG ADRESSE PÅ PRAKTISERENDE LÆGE

Praktiserende læges navn	Telefon / mobil	
Adresse	Postnr	By
E-mailadresse		

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	<input type="checkbox"/> Ansat <input type="checkbox"/> Selvstændig erhvervsdrivende
Arbejdsgiverens navn/navn på selvstændig erhvervsdrivende	Ansæt hos nuværende arbejdsgiver/er selvstændig fra den - dag/måned/år	
Adresse	Ansættelsens udstrækning, timer per uge	
Postnr	By	Arbejdsgiverens telefon

VIGTIGT

Vejlæg kopier af

- Bevilling af sygedagpenge: Sygedagpengespecifikationer fra kommunen, udskrift af godkendelse af refusion til arbejdsgiver eller underretningsbrev om refusion til arbejdsgiver fra borger.dk eller lignende dokumentation.
- Hvis til rådighed: Lægejournal, lægeerklæring, udskrift fra sundhed.dk eller lignende dokumentation.

Fortsættes på næste side

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 forsikringsselskaber 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 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.

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, forsikringsselskabet 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 mine 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, Arbejdsmarkedets erhvervsforsikring (AES) og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger må videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsmarkedets erhvervsforsikring (AES) 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.

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 2008.

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

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

Underskrift af den forsikrede

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.

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

**BLANKETTEN SENDES I ORIGINAL TIL: BNP Paribas Cardif, Lyskær 1, 3 sal tv, 2730 Herlev
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 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.