

OPPLYSNINGER OM AVDØDE

Forsikringsnummer		
Navn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse	Postnummer	Sted

Siste ansettelse

Navn på siste arbeidsgiver		
Adresse	Postnummer	Sted
Type ansettelse <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Annet	Var avdøde pensjonert på dødsdagen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Ansatt siden (dd/mm/åå)	Dato for siste arbeidsdag (dd/mm/åå)	

Opplysninger om pårørende eller dødsboet

Navn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse	Postnummer	Sted
Telefonnummer	E-post	
Tilhørighet til avdøde		

OPPLYSNINGER OM DØDSFALLET

Dato for dødsfallet (dd/mm/åå)

Dødsårsak

<input type="checkbox"/> Dødsfall pga sykdom, oppgi hvilken sykdom	Når ble de første symptomene oppdaget? (dd/mm/åå)
<input type="checkbox"/> Dødsfall pga ulykke, oppgi type hendelse	Når inntraff ulykken? (dd/mm/åå)
<input type="checkbox"/> Annen årsak, oppgi årsak	

Behandlerende leger/sykehus

Navn på avdødes fastlege		
Adresse	Postnummer	Sted
Navn på avdødes siste behandlerende leger/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted

OBS! Skjemaet fortsetter på side 2 

Avdødes navn	Avdødes fødselsnummer (11 siffer)
--------------	-----------------------------------

OPPLYSNINGER OM TIDLIGERE SYKDOM/SKADE

Har avdøde tidligere hatt samme eller liknende sykdom/skade? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> VET IKKE	Hvis JA, når? (dd/mm/åå)
Hvis JA, hvilken sykdom/skade	

Hvem var behandlende lege/sykehus?

Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted

Navn på lege/sykehus		
Adresse	Postnummer	Sted

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER

VIKTIG!

Følgende skal vedlegges denne skademeldingen.

- Legeerklæring med informasjon om dødsdato og dødsårsak
- Ved dødsfall grunnet sykdom må symptom/diagnosedato og sykemeldingshistorikk også oppgis i legeerklæringen
- Skifteattest

ERKLÆRING

Erklæring

Undertegnede har meldt ifra om personskade etter dødsfall til BNP Paribas Cardif. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige og fullstendige opplysninger om skadetilfellet, og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav. I forbindelse med innsendt dokumentasjon tillater jeg kredittgiver å utlevere den informasjon og de opplysningene BNP Paribas Cardif trenger for å behandle mine erstatningskrav. Jeg samtykker i at alle opplysninger blir lagret elektronisk av forsikringsgiver.

For å kunne behandle ditt krav er det nødvendig at du signerer og fyller i alle felt og besvarer alle spørsmål.

Dato	Underskrift
Sted	Navn i blokkbokstaver

Behandling av helseopplysninger: For informasjon om hvordan vi behandler personopplysninger, se www.bnpparibascardif.no/personopplysninger

SKJEMAET (MED VEDLEGG) SENDES TIL: BNP PARIBAS CARDIF, POSTBOKS 140 SENTRUM, 0102 OSLO

BNP Paribas Cardif Skadeforsikring NUF, NO Org.nr 992 001 720, norsk filial av BNP Paribas Cardif Försäkring AB, SE Org.nr 516406-0567
BNP Paribas Cardif Livsforsikring NUF, NO Org.nr 892 001 782, norsk filial av BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB, SE Org.nr 516406-0559