



OPPLYSNINGER OM AVDØDE

| | | |
|------------|---------------------------|------|
| Lånenummer | Långiver | |
| 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 | |

Behandlerne leger/sykehus

| | | |
|---|------------|------|
| Navn på avdødes fastlege | | |
| Adresse | Postnummer | Sted |
| Navn på avdødes siste behandlerne 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 | Postnummer | Sted |

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 også sykemeldingshistorikk og diagnosedato oppgis i legeerklæringen |
|---|---|

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 långiver 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 inn dato i feltene under og besvarer alle spørsmål på side 1.

| | |
|------|-----------------------|
| 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 Forsikring AB, SE Org.nr 516406-0567
BNP Paribas Cardif Livsforsikring NUF, NO Org.nr 892 001 782, norsk filial av BNP Paribas Cardif Livsforsikring AB, SE Org.nr 516406-0559