



## OPPLYSNINGER OM AVDØDE

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

### 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	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
- 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 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](http://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