

→ ANMÄLAN AVSER

|                  |     |                                 |  |
|------------------|-----|---------------------------------|--|
| Kontraktssnr     |     |                                 |  |
| Försäkrads namn  |     | Personnr                        |  |
| Utdelningsadress |     | Telefon dagtid (även riktnr)    |  |
| Postnr           | Ort | Telefon kvällstid (även riktnr) |  |
| E-mail           |     |                                 |  |

Utbetalning önskas insatt på

|                                    |            |         |      |
|------------------------------------|------------|---------|------|
| <input type="checkbox"/> Bankkonto | Clearingnr | Kontonr | Bank |
|------------------------------------|------------|---------|------|

→ OLYCKSFALL

A

|  |                                 |                                |             |
|--|---------------------------------|--------------------------------|-------------|
| När inträffade skadan? - År/Mån/Dag                                |                                 |                                |             |
| Ange ort och skadeplats  |                                 |                                |             |
| Hur gick det till (händelseförlopp samt övriga omständigheter)?    |                                 |                                |             |
|  |                                 |                                |             |
|  |                                 |                                |             |
| Vilken kroppsskada blev följden?                                   |                                 |                                |             |
|  |                                 |                                |             |
| Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/> | Om Ja, när? |
| På vilket sätt?  |                                 |                                |             |
|  |                                 |                                |             |
| Vilken vårdinrättning anlätades då?                                |                                 |                                |             |
|  |                                 |                                |             |

→ SJUKDOM

B

|  |                                 |   |             |
|--|---------------------------------|---|-------------|
| Sjukdomens namn  |                                 |   |             |
| När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom? - År/Mån/Dag |                                 | När märktes de första symptomen? - År/Mån/Dag |             |
| Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom?                 | NEJ<br><input type="checkbox"/> | JA<br><input type="checkbox"/>                | Om Ja, när? |
| Vilken?  |                                 |   |             |
| Vilken vårdinrättning anlätades då?                                    |                                 |   |             |
|  |                                 |   |             |

## UPPGIFTER OM VÅRD/BEHANDLING - (Ska alltid fyllas i)

|   |                                 |                             |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| När anlätades läkare första gången för nu anmäld skada - År/Mån/Dag                       | Läkarens/vårdinrättningens namn |                             |
| Adress  | Postnr                          | Ort                         |
| Vilken läkare behandlar dig nu?   | Vårdinrättningens namn          |                             |
| Adress  | Postnr                          | Ort                         |
| Har du vårdats på sjukhus?  | NEJ <input type="checkbox"/>    | JA <input type="checkbox"/> |
|   |                                 | <b>Om Ja, vilket?</b>       |
| Vilka tider (fr o m - t o m)  |                                 |                             |
| Sjukskrivningsperiod (fr o m - t o m) - OBS! Läkarityg ska bifogas                        |                                 |                             |
| När beräknar du att kunna återgå i arbete?  |                                 |                             |
| <input type="checkbox"/> Helt - fr. o. m. : <input type="checkbox"/> Delvis - fr. o. m. : |                                 |                             |

## UPPGIFT OM ANSTÄLLNING/EGET FÖRETAG

|  |                                |                             |   |
|--|--------------------------------|-----------------------------|---|
| Har du haft en tillsvidare anställning om minst 17 tim. i veckan eller varit egenföretagare och arbetat i minst 17 tim. i veckan under de senaste 6 månaderna (före den nu aktuella sjukperioden)? | NEJ <input type="checkbox"/>   | JA <input type="checkbox"/> | <b>Om ja,</b><br><input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Egen företagare |
| Arbetsgivarens/företagets namn   | Vilken period (fr o m - t o m) |                             |   |
| Adress   | Postnr                         | Ort                         |   |
| Arbetsgivarens telefon   | Arbetsuppgifter                |                             |   |

### VIKTIGT!

#### Följande ska bifogas denna anmälan:

- Datautskrifter från försäkringskassan, 030-bild samt intyg om utbetald ersättning för de senaste fem åren.
- Läkarityg, intyg om sjukhusvistelse samt kopior av utbetalningsspecifikationer.
- Om du beviljats sjukersättning, kopia av försäkringskassans beslut om sjukersättning samt kopia av föredragnings-PM (inklusive alla bilagor) som legat till grund för beslutet.
- Senaste låneavin för försäkrat lån.

## UNDERSKRIFT

### Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning eller försäkringsinrättning, A-kassa och allmän försäkringskassa eller annan myndighet får lämna de upplysningar, journaler, register, handlingar, intyg m.m. som Cardif Nordic AB behöver för att bedöma mina ersättningsanspråk. Jag är medveten om att Cardif Nordic AB, dess dotterbolag och samarbetspartner behandlar Mina personuppgifter vid skaderegleringen. Behandlingen sker uteslutande för att fullfölja avtalet.

|                   |                    |     |
|-------------------|--------------------|-----|
| Namnsteckning     | Datum - År/Mån/Dag | Ort |
| Namnförtydligande | Personnr           |     |

**BLANKETTEN INSÄNDES TILL: CARDIF NORDIC AB, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG**

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är Cardif Livförsäkring AB - Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är Cardif Försäkring AB