



Du kan også melde skade digitalt på <https://claims.bnpparibascardif.no/cardifno>

Skademeldingen gjelder  Sykdom  Ulykke

|               |                           |      |
|---------------|---------------------------|------|
| Lånenummer    | Lånegiver                 |      |
| Navn          | Fødselsnummer (11 siffer) |      |
| Adresse       | Postnummer                | Sted |
| Telefonnummer | E-post                    |      |

## ARBEIDSFORHOLD

Opplysningene gjelder stillingen du hadde når du ble sykemeldt for sykdommen/ulykken

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| Arbeidsgiver  | Stilling  |                                    |
| Type ansettelse <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Annet | Hvis annet, spesifiser:   |                                    |
| Stillingsprosent/antall arbeidstimer pr. uke  | For selvstendig næringsdrivende, oppgi navn og org.nr til selskapet |                                    |
| Ansatt siden (dd/mm/åå)   | Siste arbeidsdag før sykemelding (dd/mm/åå)                         | Når ble/blir arbeidet gjenopptatt? |

## OPPLYSNINGER OM SYKEPERIODEN

|   |   |      |
|---|---|------|
| Navn på behandlende lege/legekontor   |   |      |
| Adresse   | Postnummer  | Sted |
| Sykemeldingsperiode (fom. -tom.)  | Når oppsøkte du legen for sykdommen/ulykken? (dd/mm/åå)                         |      |
| Har du blitt behandlet av samme lege/legekontor i hele sykemeldingsperioden? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI |   |      |
| Hvis Nei, oppgi navn på andre leger/legekontorer  |   |      |
| Har du vært innlagt på sykehus? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI  | Hvis Ja, hvilket?   |      |
| For hvilken periode? (fom. -tom.)   |   |      |
| Er du tilbake i arbeid, og i så fall fra hvilken dato? (dd/mm/åå)   | I hvilken omfang? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis |      |

## OPPLYSNINGER OM SYKDOMMEN/ULYKKEN

|   |  |
|---|--|
| Sykdommens/diagnosens navn  |  |
| Når merket du de første symptomene? (dd/mm/åå)  | Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå) |
| Har du tidligere hatt samme sykdom/ulykke eller hatt liknende sykdom/symptomer? <input type="checkbox"/> JA, år: _____ <input type="checkbox"/> NEI |  |
| Hvis Ja, beskriv når og hvilke sykdommer/symptomer du har hatt  |  |
|   |  |
| Hvis Ja, daværende legekantors/sykehus navn og adresse  |  |
|   |  |
| Ved ulykke, når skjedde ulykken? (dd/mm/åå)   | Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå) |
| Hva var det som skjedde? (hendelsesforløp samt øvrige omstendigheter)   |  |
|   |  |
|   |  |

### VIKTIG!

Følgende skal vedlegges denne skademeldingen.

#### Kopi av alle dine sykemeldinger (del B)

(Om du ikke har kopi av sykemeldingene, så send inn legeerklæring som oppgir diagnosen, gradering og hele sykemeldingsperioden)

#### I tillegg trenger vi dokumentasjon ved:

- **Rygg/nakkelielser:** Funn fra MR, røntgen eller andre objektive undersøkelser

Du må fortsette å betjene lånet mens behandlingen av saken pågår.

## YTTERLIGERE OPPLYSNINGER

|  |
|--|
|  |
|  |

## ERKLÆRING

### Erklæring

Undertegnede har meldt ifra om personskade etter sykdom/ulykke 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.

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| Underskrift | Navn i blokkbokstaver |
| Dato        | Sted                  |

**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 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