



Lånenummer	Lånegiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SB 1 SR-Finans	SB 1 Finans Nord-Norge	SB 1 Finans Midt-Norge	SB 1 Finans Østlandet
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Billån	Leasing	Forbrukslån	
Navn	Personnummer				
Adresse	Postnummer	Sted			
Telefonnummer	E-post				
Korrespondanse ønskes pr	<input type="checkbox"/>	e-post	<input type="checkbox"/>	brev	
Hvis medforsikret, personnummer og navn til medforsikrede					

FULLMAKT OG ERKLÆRING

Fullmakt <p>Jeg samtykker i at BNP Paribas Cardif kan innhente legeerklæringer/ sykmeldingsoversikter fra den/de oppgitte leger/behandlere/ helseinstitusjoner som har undersøkt meg i forbindelse med skaden(e)/ sykdommen(e) som jeg søker erstatning for. Jeg fritar dermed ovennevnte fra sin taushetsplikt selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Ønsker BNP Paribas Cardif informasjon fra andre kilder eller utfyllende opplysninger, plikter selskapet å innhente en utvidet fullmakt. Hvis BNP Paribas Cardif innhenter ytterlige opplysninger vil jeg få skriftlig beskjed om det. Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til selskapet.</p> <p>Jeg samtykker til fullmakten: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	Erklæring <p>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.</p>
--	---

For å kunne behandle ditt krav er det nødvendig at du signerer og fyller inn dato i feltene under.

Underskrift	Navn i blokkbokstaver
Dato	Sted

ARBEIDSFORHOLD

Opplysningene gjelder stillingen du hadde når du ble diagnostisert med sykdommen

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?

SYKDOMMEN

Sykdommens/diagnosens navn	
Når merket du de første symptomene? (dd/mm/åå)	Når oppsøkte du lege første gang? (dd/mm/åå)
Dato for stilt diagnose (dd/mm/åå)	
Har du tidligere hatt samme sykdom eller hatt liknende sykdom/symptomer? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Hvis Ja, beskriv når og hvilke sykdommer/symptomer du har hatt	
Hvis Ja, daværende leges navn og adresse	

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER

Samtykke til behandling av helseopplysninger:

Jeg samtykker til at de helseopplysningene jeg oppgir i denne skademeldingen behandles av BNP Paribas Cardif for å behandle mitt forsikringskrav. Om samtykke ikke gis kan skademeldingen ikke behandles. For informasjon om hvordan vi behandler dine personopplysninger se www.bnpparibascardif.no/personopplysninger.

SKJEMAET (MED VEDLEGG) SENDES TIL:

forsikring@bnpparibascardif.no eller 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

LEGEERKLÆRING - må fylles ut av behandlende lege/sykehus, alternativt din fastlege

Pasientens navn	Personnummer
Dato for første konsultasjon relatert til denne diagnosen (dd/mm/åå)	Diagnosedato (dd/mm/åå)

Bekreft og kryss av for aktuell diagnose:**Hjerteinfarkt**

Definert som død av en del av hjertets muskulatur som følge av utilstrekkelig blodforsyning godtgjort ved en episode med typiske brystmerter, ferske elektrokardiografiske forandringer og økning av hjerteenzymmer.

JA NEI
 Hjerneslag

Definert som en cerebrovaskulær hendelse som fører til permanent nevrologisk skade.

 Kreft

Definert som en ondartet svulst som er positivt diagnostisert med histologisk bekreftelse og karakterisert av en ukontrollert vekst av ondartede celler eller invasjon av vev. Omfatter leukemi, lymfoma og sarcoma.

 Nyresvikt

Definert som sluttstadiet i en kronisk irreversibel svikt av begge nyrens funksjon som fører til enten regelmessig dialyse eller at nyretransplantasjon blir satt i verk.

 Transplantasjon av stort organ

Definert som transplantasjon av hjerte, lever, lunge, pancreas eller benmarg.

 Koronarsykdom behandlet med åpen hjertekirurgi

Definert som innsnevring eller tilstopping av minst to kronarterier, der behandlingen har vært innsetting av by-passgrafter gjennom åpning av brystkassen.

 Annet, beskriv: _____**Er sykdommen en eller flere av følgende tilstander:**

Hudkreft, (unntatt invasivt malignt melanom), ikke-invasiv cancer in situ og svulster ved HIV-infeksjon, krefttyper som er histologisk klassifisert som pre-ondartet f.eks thrombocythaemia og polycythaemia rubra vera, krefttyper som grenser til ondartet, eller krefttyper som har lavt ondartet potensial.

JA NEI

Svulster i prostata, med mindre disse er histologisk klassifisert å ha en Gleason score større enn 6, eller svulster som er fremskredet til minst en klinisk TNM klassifikasjon T2N0M0.

Kronisk lymfocytisk leukemi, med mindre denne er histologisk klassifisert til minst Binet nivå A.

Forbigående ischemisk anfall (TIA) eller anfall av vertebrovasculær ischemi.

Koronarsykdom uten hjerteinfarkt, behandlet med ballong-angioplastikk, laserbehandling el. l. prosedyrer.

Jeg erklærer at ovennevnte pasient er under behandling/oppfølging av meg, og at informasjonen over er korrekt, basert på min kunnskap om pasienten

Legens underskrift	Sted og dato
--------------------	--------------

LEGENS STEMPEL:**Samtykke til behandling av helseopplysninger:**

Jeg samtykker til at de helseopplysningene jeg oppgir i denne skademeldingen behandles av BNP Paribas Cardif for å behandle mitt forsikringskrav. Om samtykke ikke gis kan skademeldingen ikke behandles. For informasjon om hvordan vi behandler dine personopplysninger se www.bnpparibascardif.no/personopplysninger.

SKJEMAET (MED VEDLEGG) SENDES TIL:**forsikring@bnpparibascardif.no eller 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