



Skademeldingsskjema - Arbeidsledighet/Permittering

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

| | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | brev | | |
| | Hvis medforsikret, personnummer og navn til medforsikrede | | | | |

FULLMAKT OG ERKLÆRING

| | |
|---|---|
| <p>Fullmakt</p> <p>Jeg samtykker i at BNP Paribas Cardif kan innhente opplysninger om arbeidsforhold(et) fra oppgitt(e) arbeidsgiver(e), og opplysninger om dagpenger fra oppgitte NAV-kontor som er nødvendige for å kunne behandle kravet 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 ytterligere 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> | <p>Erklæring</p> <p>Undertegnede har meldt ifra om personskade etter arbeidsledighet/ permittering 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 |

| | |
|--|--|
| <p>VIKTIG!</p> <p>Følgende skal vedlegges denne skademeldingen.</p> <p>Alle vedlegg må sendes inn sammen med skademeldingsskjemaet.</p> | <ol style="list-style-type: none"> Kopi av arbeidsavtalen din og kopi av oppsigelsen/permitteringsbrevet (om du ikke har disse kopiene, så må tidligere arbeidsgiver fylle ut Erklæring på side 3) Innkallingen til drøftelsesmøte / Samtale med HR eller overordnet. Protokoll, referat eller annen dokumentasjon som dokumenterer innholdet fra drøftelsesmøtet. Kopi av Vedtak om Dagpenger fra NAV (alle sidene i vedtaket) Kopi av alle lønsslipper fra NAV som bekrefter utbetalte Dagpenger for minst 30 dager (om du har mottatt dagpenger for mer enn 30 dager så send inn alle lønsslippene). Du finner lønsslippene på nav.no |
|--|--|

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

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.

ARBEIDSFORHOLD

Opplysningene gjelder stillingen du hadde når du ble arbeidsledig/permittert

| | | |
|---|---|------|
| Arbeidsgiver | Stilling | |
| 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 | | |
| 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 (dd/mm/åå) | |
| Når fikk du første gang informasjon om mulig arbeidsledighet/permittering? (dd/mm/åå) | Når ble muntlig varsel om arbeidsledighet/permittering gitt? (dd/mm/åå) | |
| Når ble skriftlig varsel om arbeidsledighet/permittering gitt? (dd/mm/åå) | Dato for oppsigelsen/permitteringsbrevet? (dd/mm/åå) | |
| Årsak til oppsigelsen/permitteringen | | |
| Så du opp selv? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Hvis Ja, oppgi årsak | |
| Har du frivillig godtatt sluttpakke? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Hvis Ja, vennligst utdyp | |
| | | |
| | | |
| Er du tilbake i arbeid? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Hvis Ja, oppgi startdato for ansettelse (dd/mm/åå) | |
| Hadde du en annen arbeidsgiver da du kjøpte forsikringen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Hvis Ja, oppgi arbeidsgivers navn | |
| Type ansettelse <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Annet | Ansatt fra-til (dd/mm/åå-dd/mm/åå) | |

Ved vikariat, midlertidig ansettelse, tidsbegrenset kontrakt e.l., vennligst fyll ut:

| | |
|--|--|
| Kontraktens varighet (fra dato - til dato) | Årsak til oppsigelse/permittering |
| Navn på eventuelt rekrutterings/vikarbyrå | Startdato for ansettelse i rekrutterings/vikarbyrå |

Hvis flere arbeidsforhold:

| | | |
|---|---|------|
| Arbeidsgiver | Stilling | |
| 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 | Hvis annet, spesifiser: | |
| Stillingsprosent/antall arbeidstimer pr. uke | For selvstendig næringsdrivende, oppgi navn og org.nr til selskapet | |
| Ansatt siden (dd/mm/åå) | Eventuelt siste arbeidsdag (dd/mm/åå) | |

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



Denne del skal kun fylles ut om du ikke har kopi av arbeidsavtale og oppsigelse/permitteringsbrev

| | | |
|---|---|--|
| Arbeidstakers navn | Stilling | |
| Ansatt siden (dd/mm/åå) | Stillingsprosent/antall arbeidstimer pr. uke | |
| 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: | |
| Når ble det første gang gitt informasjon om mulig arbeidsledighet/permittering? (dd/mm/åå) | Når ble muntlig varsel om arbeidsledighet/permittering gitt? (dd/åå/mm) | |
| Når ble skriftlig varsel om arbeidsledighet/permittering gitt? (dd/mm/åå) | Dato for oppsigelsen/permitteringsbrevet? (dd/mm/åå) | |
| Årsak til oppsigelsen/permitteringen | | |
| Siste arbeidsdag (dd/mm/åå) | Har arbeidstaker godtatt sluttpakke? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | |

Ved vikariat, midlertidig ansettelse, tidsbegrenset kontrakt e.l., vennligst fyll ut:

| | |
|--|---|
| Kontraktens varighet (fra dato - til dato) | Navn på eventuelt rekrutterings/vikarbyrå |
|--|---|

| |
|-----------------------|
| Arbeidsgivers stempel |
|-----------------------|

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Arbeidsgivers underskrift | Stilling |
| Navn i blokkbokstaver | Sted og dato (dd/mm/åå) |

UTFYLLENDE OPPLYSNINGER

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |