



VAKUUTUSSOPIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT

Lainan sopimusnumero	
Vakuutettu	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero- ja paikka

HUOMIO!

Hakemuksen mukana lähetettävät liitteet

- Kuolintodistus tai muu asiakirja, josta ilmenee kuolinsyy ja kuolinpäivä
- Potilastiedot/Lääkärinlausunnot/Poliisin laatima tutkintapöytäkirja
- Todistus Kelan maksamista etuuksista viimeisten viiden vuoden aikana

TIEDOT KUOLEMANTAPAUksesta

Kuolinpäivä- (pvä/kk/vuosi)

Kuolinsyy

<input type="checkbox"/> Kuolemantapaus sairauden vuoksi, mikä sairaus on kyseessä?	Milloin sairauden ensimmäiset oireet on havaittu? - (Vuosi/Kuukausi)
<input type="checkbox"/> Kuolemantapaus tapaturman vuoksi, mikä tapaturma on kyseessä?	Milloin tapaturma sattui? - (Vuosi/Kuukausi)
<input type="checkbox"/> Muu syy, mikä?	

Missä hoitolaitoksissa vakuutettua hoidettiin kuolemantapaukseen liittyen?

Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero- ja paikka
Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero- ja paikka

TIEDOT AIKAISEMMISTA SAIRAUksISTA/TAPATURMISTA

Onko vakuutettua aikaisemmin hoidettu saman tai vastaavan sairauden tai tapaturman vuoksi?	EI <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/> EI TIEDOSSA <input type="checkbox"/>	Jos kyllä, koska? (pvä/kk/vuosi)
Jos kyllä, mikä sairaus tai tapaturma oli kyseessä?		

Hoitavat sairaanhoitolaitokset ja/tai terveyskeskukset

Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero- ja paikka
Hoitolaitoksen nimi	
Osoite	Postinumero- ja paikka

Vakuutetun nimi	Henkilötunnus
-----------------	---------------

TIEDOT JULKISESTA JA/TAI YKSITYISESTÄ TERVEYDENHUOLLOSTA

Minkä julkisen ja/tai yksityisen terveyshuollon asiakas vakuutettu oli? - (Nimi ja paikka)

TIEDOT VIIMEISIMMÄSTÄ TYÖSUHTEESTA

<input type="checkbox"/> Toistaiseksi voimassa oleva työsuhde	<input type="checkbox"/> Koeajalla asti - (pvä/kk/vuosi):	
<input type="checkbox"/> Määräaikainen työsopimus (sopimuksen viimeinen voimassaolo päivä):	<input type="checkbox"/> Muu työsuhde	<input type="checkbox"/> Yrittäjä
Työnantajan/yrityksen nimi	Työsuhteen voimassaolo (alku - loppu) - (pvä/kk/vuosi)	

LISÄTIETOJA

KUOLINPESÄN EDUSTAJA

Nimi	Hakijan suhde edesmenneeseen (esim. sukulaisuus)
Osoite	Postinumero- ja paikka
Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero)	

ALLEKIRJOITUS - Tarkista, että korvaushakemuslomakkeen kaikki kohdat on täytetty ja kaikki liitteet ovat hakemuksen mukana

Suostumus terveystietojen käsittelyyn: Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietoja löydät osoitteesta www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot .
--

Kuolinpesän edustajana allekirjoitus

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, vero toimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveystoimistot, vakuutusyhtiöt ja luotonantajan antamaan ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä, kyseisestä lainasta johon tämä vakuutus on sidottu sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi.

Annann yllä olevaan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi ja täydellisiksi.

Paikka	Päivämäärä	Allekirjoitus
Henkilötunnus		Nimenselvennys

PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:

BNP PARIBAS CARDIF, C/O CRAWFORD & COMPANY, RANTATIE BUSINESS PARK, HERMANNIN RANTATIE 8, 00580 HELSINKI
Lainavakuutuksesta vastaa BNP Paribas Cardif Försäkring AB (org.nr 516406-0567) ja BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB (org.nr 516406-0559), Box 24110, 400 22 Göteborg, Ruotsi