

**TIEDOT VAKUUTETUSTA**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Kortin numero                              |                        |
| Vakuutetun nimi                            | Henkilötunnus          |
| Osoite                                     | Postinumero- ja paikka |
| Puhelinnumero päivisin (myös suuntanumero) | Sähköpostiosoite       |

**TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <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 tai ammatinharjoittaja |
| Työnantajan/Yrityksen nimi  | Henkilöstövastaava yrityksessä                            |  |
| Osoite  | Postinumero- ja paikka                                    |  |
| Puhelinnumero (myös suuntanumero)   | Sähköpostiosoite  |  |
| Milloin työsuhde alkoi? - (pvä/kk/vuosi)  | Milloin työsuhde päättyi? - (pvä/kk/vuosi)                |  |
| Milloin mahdollinen työttömyys tuli sinun tietoon? - (pvä/kk/vuosi)                         | Työsuhteen päättymisen syy                                |  |

**HUOMIO!****Hakemuksen mukana lähetettävät liitteet**

- Kopio työttömyyskassaan toimitetuista työsuhdetodistuksista
- Työttömyyskassaan päätös työttömyyskorvauspäätöksestä ja maksuperusteista

**Suostumus terveystietojen käsittelyyn:** Tietoa siitä kuinka käsittelemme henkilötietoja löydät osoitteesta [www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot](http://www.bnpparibascardif.se/henkilotiedot).

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

Valtuutan Kansaneläkelaitoksen, työnantajan, työttömyyskassan verotoimistot, lääkärit, hoitolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset, työterveyskeskukset, mielenterveystoimistot, vakuutusyhtiöt ja luotonantajan antamaan ja vastaanottamaan tietoja vakuutetun terveydestä, kyseisestä luotosta johon tämän vakuutus on sidottu sekä lisäksi muita tarvittavia tietoja tämän korvaushakemuksen tueksi ja selvittämiseksi.

Annan yllä olevan suostumuksen ja vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi.

|               |            |               |
|---------------|------------|---------------|
| Paikka        | Päivämäärä | Allekirjoitus |
| Henkilötunnus |            | Nimenselvitys |

**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