

## → ANMELDELSEN GÆLDER FOR

Lånenummer/Kontonummer:		CPR-nr.:
Forsikredes navn:		Tlf.nr.:
Adresse:		Mobil tlf.nr.:
Postnr:	By:	Arbejds tlf.nr.:
E-mail adresse:		

## Hvis to forsikrede. Navn og CPR-nr. for forsikrede nr. to:

Forsikrede navn:	CPR-nr.:
------------------	----------

**VIGTIGT!**

Følgende skal vedlægges skadesanmeldelsen:

1. Ansættelseskontrakt og kopi af A-kassens beslutning om erstatning samt løbende kopier af udbetalingsspecifikationerne fra din A-kasse.
2. Er du ikke medlem af en A-kasse, skal bevis for at du er/har været registreret hos arbejdsformidlingen, aktivt søger/søgt arbejde og i hvilket omfang vedlægges.

## → ANSÆTTELSESFORHOLD:

<b>Selvstændig</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ansæt</b> <input type="checkbox"/>
--	--

**1** Seneste ansættelse inden arbejdsløshed, også som selvstændig (du kan angive en eller to arbejdsgivere foruden)

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:	Navn på evt. Arbejdsleder:	
Adresse:	Postnr:	By:
Tlf.nr.:	E-mail adresse:	
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - År/md/dag	Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - År/md/dag	
Begrundelse for ansættelsens ophør:		
Stilling:	Siden hvornår har du haft viden om en risiko for arbejdsløshed? - År/md/dag	

**2** Seneste ansættelse inden arbejdsløshed, også som selvstændig

Arbejdsgiverens/Virksomhedens navn:	Navn på evt. Arbejdsleder:	
Adresse:	Postnr.:	By:
Tlf.nr.:	E-mail adresse:	
Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver startede - År/md/dag	Ansættelse hos ovenstående arbejdsgiver sluttede - År/md/dag	
Begrundelse for ansættelsens ophør:		
Stilling:	Siden hvornår har du haft viden om en risiko for arbejdsløshed? - År/md/dag	

→ ØVRIG INFORMATION:


→ UNDERSKRIFT

**Den forsikredes underskrift:**

**Samtykke til indhentning af helbredsoplysninger m.v.**

Forsikringsbegivenhed

**Derfor skal du give samtykke**

Når du rejser krav om udbetaling fra Cardif Försäkring, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give Cardif Försäkring alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Cardif Försäkring alle oplysninger, som kan have betydning for bedømmelsen af din sag og for fastsættelsen af forsikringsydelsens størrelse. Crawford & Company behandler skader på vegne af Cardif Försäkring her i Danmark.

**Udbetaling af forsikringen**

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Cardif Försäkring har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

**Din læge kan videregive helbredsoplysninger m.v.**

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven.

**Du kan altid trække samtykket tilbage**

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Cardif Försäkring ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

**Samtykke**

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Crawford & Company på vegne af Cardif Försäkring kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold, oplysninger hos Ekspres Bank som forsikringstager vedrørende lånet som min forsikring er tilknyttet m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, A-kasse og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter helbredsoplysninger frem til det tidspunkt, hvor Cardif Försäkring har bedømt mit eventuelle krav på, at få min forsikring udbetalt.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Crawford & Company på vegne af Cardif Försäkring.

Jeg er bekendt med, at Cardif Försäkring og Crawford & Company indhenter, behandler, opbevarer og videregiver personoplysninger vedrørende mit helbred/sygdomshistorik og anden sygdomsinformation i nødvendig omfang med henblik på skadesbehandling og øvrige opfyldelser af forsikringsaftalen.

Jeg erklærer samtidig, at alle angivne oplysninger er fuldstændige og korrekte.

CPR-nr.:	Underskrift:
By:	Dato: - Dag/md/år
	Navn skrevet tydeligt:

VED SPØRGSMÅL OMKRING BEHANDLINGEN AF PERSONOPLYSNINGERNE, VENLIGST KONTAKT ANSVARLIGE HOS CARDIF FÖRSÄKRING PÅ TLF. 80 70 20 80.

**BLANKETTEN SENDES TIL:**  
Cardif Forsikring  
c/o Crawford & Company Denmark  
Vestergade 2A, 3. sal, 1456 København K