

**OBS! NEDANSTÅENDE UPPGIFTER FYLLS I AV LEASINGTAGAREN (FÖRSÄKRINGSTAGAREN)**Anmälan avser Privatleasing Företagsleasing

Leasingavtalsnr	Reg.nr	
Försäkrad	Personnr	
Adress	Postnr	Ort
Helt sjukskriven fr o m - (År/Mån/Dag)	Vid sjukhusvistelse - Ange första dagen för inskrivning på sjukhus	

Vid utbetalning - Ersättning önskas insatt på leasingtagarens konto (var vänlig skriv tydligt)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank
<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Plusgiro	Kontonr	

Leasingtagare

Leasingtagare	Personnr/Org.nr
---------------	-----------------

VIKTIGT

Bifoga kopia av

Leasingfakturan för månaden innan sjukperiodens första dag.

Underskrift av leasingtagaren - Kontrollera att alla uppgifter ovan är ifyllda och att leasingfakturan bifogats

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att BNP Paribas Cardif och dess samarbetspartners behandlar mina personuppgifter vid skaderegleringen. Jag medger att Volkswagen Finans Sverige AB får lämna den information och de uppgifter som BNP Paribas Cardif behöver för att handlägga ersättningsanspråk i detta ärende.

Ort	Datum - (År/Mån/Dag)	Namnteckning
		Namnförtydligande
Telefon dagtid (även riktnr)		Mejl

STÄMPEL

BLANKETTEN SKICKAS TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 24110, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB. Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är BNP Paribas Cardif Försäkring AB.