

## Søknadsskjema for Betalingsforsikring

Forsikringen dekker terminbeløpet (maks kr. 10.000,- pr. mnd.) ved:

- **100 % sykemelding i mer enn 30 dager**  
Blir du sykemeldt i løpet av de første 30 dagene etter kjøp vil du ikke ha krav på erstatning
- **100 % arbeidsledighet eller permittering i mer enn 30 dager (gjelder ikke for selvstendig næringsdrivende)**  
Blir du varslet om arbeidsledighet/permittering eller blir sagt opp/permittert i løpet av de første 90 dagene etter kjøp, vil du ikke ha krav på erstatning
- **Ved sykehusopphold i mer enn 7 dager (gjelder kun selvstendig næringsdrivende)**  
Blir du sykemeldt i løpet av de første 30 dagene etter kjøp vil du ikke ha krav på erstatning
- **Ved dødsfall innfris lånet med inntil kr. 500.000,-. Ved leasingavtale innfris gjenstående månedsleier i inntil 36 måneder**

Prisen er 6,3 % av det månedlige terminbeløpet.

Forsikringspremien vil stå på den månedlige faktura du mottar fra Volkswagen Møller Bilfinans AS.

**Ja, jeg ønsker betalingsforsikring på lånet. Jeg erklærer at jeg har lest forkjøpsinformasjonen og at jeg:**

- er fylt 18 år, men ikke 63 år
- ikke er kjent med forestående arbeidsledighet/permittering
- er fast ansatt eller selvstendig næringsdrivende, i minst 16 t/uke, i minimum seks sammenhengende måneder umiddelbart forut for inntreden i forsikringen,
- kan utføre mitt vanlige arbeid uten innskrenkninger og ikke har vært sykemeldt i mer enn 30 dager sammenhengende i løpet av de siste 360 dagene,
- ikke er kjent med eksisterende sykdom/skade. Er heller ikke kjent med sykdom, symptomer eller tegn som direkte eller indirekte kan føre til dødsfall eller sykdom/skade,
- er bosatt i Norge og registrert i Folkeregisteret i Norge,
- er medlem av norsk folketrygd eller tilsvarende svensk eller dansk instans

Ved å takke ja samtykker jeg i at långiver kan kommunisere med meg elektronisk, og kan gi erstatningsutbetaling i henhold til forsikringsvilkåret. Erstatningen krediteres konto for låneavtalen.

### Samtykke til behandling av helseopplysninger:

Jeg samtykker til at de helseopplysninger jeg etterlater i denne søknaden behandles av BNP Paribas Cardif for å tegne forsikringen. Om samtykke ikke gis kan ikke søknaden behandles. For informasjon om hvordan vi behandler dine personopplysninger, se [www.bnpparibascardif.no/personopplysninger](http://www.bnpparibascardif.no/personopplysninger).

### Personopplysninger

Personnummer:	Kontraksnummer:
Navn:	Telefonnummer:
Adresse:	E-post:
Postnummer og sted:	
Sted, dato:	Forsikredes underskrift:

Forsikringen leveres av BNP Paribas Cardif.

**Dette skjema må returneres underskrevet og datert til:**

BNP Paribas Cardif  
Postboks 140 Sentrum  
0102 Oslo