

Skadeanmälan

Betalsskyddsförsäkring

Information om din försäkring hos oss

I vilken bank har du din kredit? _____

Vilken kredit gäller din skadeanmälan? _____

Låneavtalsnummer _____

Policynummer _____

Information om din kredit

Vad är din månadsbetalning för krediten som försäkringen avser? _____

Valuta _____

Utestående skuld/saldo _____

Information om dig som skadelidande

Namn _____

Personnummer _____

Postadress (adress, postnummer, stad, land) _____

Telefonnummer _____

E-postadress _____

Samtycke

Jag godkänner personuppgiftsbehandling

☐

Zurich behandlar dina personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen. Det innebär att vi skyddar din personliga integritet. En förutsättning för att kunna behandla din skadeanmälan är att vi behandlar personuppgifter om dig.

För de fall du har lämnat uppgifter om andra personer än dig själv så förutsätter vi att du även lämnar denna information till dem. Skulle du vara förhindrad att göra det så måste du meddela oss om dessa förhållanden samt förse oss med deras fullständiga kontaktuppgifter.

Mer information om hur vi behandlar personuppgifter samt registrerades rättigheter avseende personuppgiftshanteringen hittar du på (www.nordic.zurich.com/personuppgifter). Har du inte möjlighet att läsa eller ladda ner informationen får du gärna kontakta oss enligt de kontaktuppgifter som du hittar sist i denna skadeanmälan så skickar vi informationen till dig.

Jag ger fullmakt att inhämta uppgifter

☐

Information om ditt ersättningsanspråk

Ofrivillig arbetslöshet

Var du tillsvidareanställd när du fick varsel?

☐ Ja ☐ Nej

Vilket datum fick du varsel om din uppsägning?

Vilket datum blev du arbetslös?

Vem avslutade anställningen? Kryssa nedan

☐ Arbetsgivaren

☐ Arbetsbrist (uppsägning från arbetsgivaren) ☐ Omorganisation/neddragning ☐ Konkurs/verksamheten upphörde

☐ Avsked (personliga skäl)

Var avskedet relaterat till arbetsrelaterade skäl?

☐ Ja ☐ Nej

☐ Jag

Vad är orsaken till att du sa upp dig?

☐ Tidsbegränsad anställning löpte ut

☐ Tidsbegränsad anställning som löpt ut ☐ Säsongsarbete avslutat

Information om din anställningsform

Namn på din arbetsgivare

Vilket datum påbörjade du din anställning?

Hur ser din anställningsform ut?

☐ Tillsvidareanställd (heltid)

☐ Tillsvidareanställd (deltid), ange antal timmar/vecka

☐ Tidsbegränsad anställd (deltid), ange antal timmar/vecka

Är du inskriven hos A-kassa?

☐ Ja ☐ Nej

Temporär sjukdom

Vilket datum blev du sjukskriven?

Vilket datum fick du diagnosen som låg till grund för sjukskrivning?

Är du fortfarande sjukskriven

☐ Ja ☐ Nej

I vilken omfattning är du sjukskriven?

☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Har du varit symptomfri/arbetsför innan perioden?

☐ Ja ☐ Nej

Har du haft symptom, besvär eller fått medicinsk rådgivning för denna sjukdom innan det datum som du anger som första sjukdag?
(Med symptom menas till exempel smärta, utredning, läkarbesök eller behandling relaterad till den nuvarande sjukdomen).

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv kort vilka symptom eller besvär du haft tidigare och när dessa förekom.

Information om din anställningsform

Namn på din arbetsgivare _____

Vilket datum påbörjade du din anställning? _____

Hur ser din anställningsform ut? ☐ Tillsvidareanställd (heltid)

☐ Tillsvidareanställd (deltid), ange antal timmar/vecka _____

☐ Tidsbegränsad anställning (deltid), ange antal timmar/vecka _____

Bruttolön _____

Kritisk sjukdom

Vilken sjukdom har du drabbats av?

☐ Cancer

☐ Hjärtinfarkt

☐ Stroke

☐ Koronar bypassoperation

☐ Njursvikt

☐ Organtransplantation

☐ Multipel skleros

☐ Motorneuronsjukdom (t ex ALS)

☐ Annan sjukdom _____

☐ Benign hjärntumör

☐ Förlamning

☐ Blindhet

☐ Dövhhet

☐ Hjärtvalvssjukdom

☐ Allvarlig brännskada

☐ Terminal sjukdom

Vilket datum ställdes diagnosen för denna sjukdom? _____

Hur såg din sysselsättning/anställningsform ut när händelsen inträffade?

☐ Tillsvidareanställd (heltid)

☐ Tillsvidareanställd (deltid)

☐ Tidsbegränsad anställning

☐ Egenföretagare

☐ Arbetslös

☐ Studerande

☐ Pensionär / ej yrkesverksam

Sjukhusvistelse

Första dag för sjukhusvistelse _____ Sista dag för sjukhusvistelse _____

Hur såg din sysselsättning/anställningsform ut när händelsen inträffade?

- | | |
|---|--|
| ☐ Tillsvidareanställd (heltid) | ☐ Arbetslös |
| ☐ Tillsvidareanställd (deltid) | ☐ Studerande |
| ☐ Tidsbegränsad anställning | ☐ Pensionär / ej yrkesverksam |
| ☐ Egenföretagare | |

Vård av nära anhörig

Från vilket datum fick du beviljat vård av nära anhörig? _____

Hur såg din sysselsättning/anställningsform ut när händelsen inträffade?

- | | |
|---|--|
| ☐ Tillsvidareanställd (heltid) | ☐ Arbetslös |
| ☐ Tillsvidareanställd (deltid) | ☐ Studerande |
| ☐ Tidsbegränsad anställning | ☐ Pensionär / ej yrkesverksam |
| ☐ Egenföretagare | |

Dödsfall

Vilket datum inträffade dödsfallet? _____

Vem är du som anmäler dödsfallet?

- ☐ Förmånstagare ☐ Anhörig ☐ Bank ☐ Annan

Beskriv kort vad som hänt (baserat på uppgifterna ovan)

Beskriv vad som inträffade, hur det påverkade din arbetsförmåga och eventuell kontakt med arbetsgivare/vård

Bifoga filer

För att kunna hantera ditt ärende snabbare vänligen bifoga nedan listade relevanta intyg

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Anställningsavtal från arbetsgivare• Varsel om uppsägning• Sjukintyg från försäkringskassan• Dödsfallsintyg• Intyg från A-kassa | <ul style="list-style-type: none">• Sjukintyg från sjukhus vid sjukhusvistelse• Journaler• Läkarintyg• Arbetsgivarintyg |
|---|--|

Underskrift

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Skadeanmälan sänder du till
nordic.ppi@zurich.com.

Zurich Insurance Europe AG, Filial Sverige
Reg. no. 516403-8266, reg. i Bolagsverkets filialregister
Linnégatan 5
114 47 Stockholm
Telefon +46 8 579 330 00

Zurich Insurance Europe AG
a public limited company incorporated in Germany
Registered seat: Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt a.M.
Register Court of Frankfurt a.M., HRB 133359

© Zurich 5/2026 Claim_PPI_se

