

forsakringsnamnden@trygghansa.se

075-243 10 00

FÖRSÄKRINGSNÄMNDEN, 106 26 Stockholm

Orsaken till din anmälan	Beskriv vad som ligger bakom din anmälan – det vill säga vad du och försäkringsbolaget inte är överens om och varför du anser att försäkringsbolaget har fattat fel beslut.
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

forsakringsnamnden@trygghansa.se

075-243 10 00

FÖRSÄKRINGSNÄMNDEN, 106 26 Stockholm

Ändring av beslutet	<p>Beskriv hur du vill (yrkar) att beslutet ska ändras. Några exempel:</p> <ul style="list-style-type: none">• Du vill att den skada du har råkat ut för ska ersättas av din försäkring.• Du vill ha högre ersättning för det som har hänt (skriv i så fall beloppet du vill ha).• Du vill ha ersättning för ett reseavbrott eller en inställd resa.• Du vill ha ersättning för vagnskada• Du tycker att det är motparten som är vållande i en bilolycka eller annan trafikskada• Du vill använda din rättsskyddsförsäkring vid en rättstvist.• Du vill ha skadestånd av en person som har vållat dig en skada.• Du vill att din sjuk- och olycksfallsförsäkring ska gälla utan undantag eller begränsning. <p>Om du kan tänka dig olika ändringar – skriv vad du vill ha i första hand, andra hand osv.</p>
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

forsakringsnamnden@trygghansa.se
075-243 10 00
FÖRSÄKRINGSNÄMNDEN, 106 26 Stockholm

FULLMAKT

Anmälare

Namn (för- och efternamn)	Personnummer
Ditt företag (om anmälan gäller en företagsförsäkring)	Organisationsnummer

Ombud

Ombudets namn (för- och efternamn)	Personnummer
Ombudets företag (om ombudet inte är en privatperson)	Organisationsnummer

Jag ger ombudet rätt att företräda mig inför Försäkringsnämnden för att handlägga min anmälan och mina ersättningsanspråk från försäkringen.

Denna fullmakt gäller från datumet här nedan och under hela handläggningen, till dess att ärendet har avslutats eller till dess att jag skriftligen återkallar fullmakten.

Jag kan när som helst återkalla fullmakten genom att ta kontakt med Försäkringsnämnden. Försäkringsnämnden kan informera mig om eventuella konsekvenser av återkallandet.

Underskrift

Datum

Ort

Namnteckning

Namnförtydligande

Fyll i, underteckna och skicka fullmakten till:

FÖRSÄKRINGSNÄMNDEN
106 26 Stockholm

E-post: forsakringsnamnden@trygghansa.se

Tänk på att inte skicka känslig information via e-post

Så hanterar vi dina personuppgifter (PuL)

Alla uppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PuL). Se försäkringsvillkoren eller trygghansa.se/pul för mer information.