

# Personförsäkringsnämnden

Ansökan skickas till:  
Personförsäkringsnämnden  
Box 24067  
104 50 Stockholm

## Ansökan om prövning

<b>Sökande:</b>	Namn		Personnummer
	Adress		Telefon
	Postnr	Postort	Mobiltelefon
	E-post		Har du ett ombud? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (bifoga fullmakt där kontaktuppgifter finns)
<b>Försäkringsbolag:</b>	Försäkringsbolagets namn		
	Försäkringsbolagets adress		
	Postnr	Postort	Handläggare
<b>Din försäkring:</b>	Typ av försäkring <input type="checkbox"/> Sjukförsäkring <input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/> Annan (ange vilken):		
<b>Skadehändelse/sjukdom:</b>	Skadedatum	Skadenummer	
	Vilken typ av skada/sjukdom gäller saken?	Beslutsbrevet från försäkringsbolaget som du vill ha prövat är daterat den	
	Har ärendet prövats av Allmänna Reklamationsnämnden? <input type="checkbox"/> Ja (bifoga en kopia av yttrandet) <input type="checkbox"/> Nej		
<b>Ditt yrkande:</b>	<b>Vilken rättelse av försäkringsbolagets beslut vill du ha?</b> Det kan t.ex. vara att en viss skada ska ersättas av din försäkring, eller att den ersättning du fått bör vara högre.		

Ditt ärende avgörs på de handlingar som Personförsäkringsnämnden får in. Kom ihåg att **skriva under** ansökan och **skicka med kopia av det beslut** från försäkringsbolaget som du vill ha prövat.

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, bland annat personuppgifter, måste behandlas för att göra det möjligt för Personförsäkringsnämnden att i enlighet med dess stadgar lämna yttrande i ärendet samt för administration av Personförsäkringsnämndens verksamhet. Uppgifterna lämnar du i första hand själv men vi behöver också hämta in och lämna ut uppgifter till det försäkringsbolag som är motpart i ärendet samt i vissa fall till sakkunniga. Läs mer om hur Personförsäkringsnämnden behandlar dina personuppgifter på [www.forsakringsnamnder.se](http://www.forsakringsnamnder.se).

Genom att underteckna ansökan intygar du att du är rätt sökande i ärendet och att du är införstådd med att Personförsäkringsnämnden kommer att behandla dina personuppgifter.

Ort och datum:

Underskrift: