

1. Behöver du hjälp?	Fyll i blanketten på dator eller texta med tydlig handstil. Det är viktigt att du fyller i blanketten noggrant - även om olika uppgifter framgår av bilagorna. Konsumenträttsrådgivaren kan hjälpa med att reda ut tvisten och med att förhandla om förlikning med motparten. Det riksomfattande rådgivningsnumret är 071 873 1902. Har du varit i kontakt med konsumentrådgivningen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vid vilken magistrat, i så fall? Konsumentrådgivningens ID-nummer, om du känner till det.
2. Konsument	Efternamn <input type="text"/> Förnamn <input type="text"/> Adress <input type="text"/> Postnummer och -kontor <input type="text"/> Telefonnummer tjänstetid (även riktnummer) <input type="text"/> Telefon hem (även riktnummer) <input type="text"/> E-postadress <input type="text"/> Yrke <input type="text"/>
3. Försäkringsbolag	Skriv här namnet på det försäkringsbolag med vilket du har ingått avtal eller till vilket du riktar krav. Försäkringsbolagets namn <input type="text"/> Adress <input type="text"/> Postnummer och -kontor <input type="text"/> Telefon (även riktnummer) <input type="text"/>
4. Avtalad försäkring	Vilken försäkring gäller det? Bifoga en kopia av försäkringsbrevet och ersättningsbeslutet. <input type="checkbox"/> Hemförsäkring <input type="checkbox"/> Privat olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/> Sjukkostnadsförsäkring <input type="checkbox"/> Rese- eller resenärsförsäkring <input type="checkbox"/> Fordonsförsäkring* (bl.a. bil, båt, motorcykel) <input type="checkbox"/> Livförsäkring <input type="checkbox"/> Pensionförsäkring <input type="checkbox"/> Rättsskyddsförsäkring <input type="checkbox"/> Låneskyddsförsäkring <input type="checkbox"/> Egen ansvarsförsäkring <input type="checkbox"/> Annans ansvarsförsäkring, vems <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Annan, vad? <input type="text"/> * Inte lagstadgad trafikförsäkring Fyll i blankettens sida 3, om det är fråga om en försäkring som berör hälsotillståndet! När ingicks försäkringsavtalet? <input type="text"/>
5. Reklamation hos försäkringsbolaget	När fick du skriftligt besked om försäkringsbolagets beslut? <input type="text"/> När klagade du för första gången hos försäkringsbolaget? <input type="text"/> Om du är missnöjd med försäkringsbolagets beslut eller ersättningsförfarande i ditt ärende, lönar det sig att först kontakta försäkringsbolaget och begära ny handläggning. Om du har gjort detta skriftligt, bifoga kopior av korrespondensen. Hurdan förlikning föreslog försäkringsbolaget? <input type="text"/> Behandlas ärendet nu av något annat rättsskyddsorgan, t.ex. Försäkrings- och finansrådgivningen eller Försäkringsnämnden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket <input type="text"/> Konsumenttvistenämnden kan lämna ärendet utan prövning, om det är anhängigt eller har avgjorts hos Försäkringsnämnden.

6. Vad gäller tvisten?	<p>Tvisten gäller</p> <p><input type="checkbox"/> ett ersättningsbeslut. Beskriv kortfattat, på vilket sätt beslutet enligt din åsikt är felaktigt.</p> <p><input type="checkbox"/> något annat, vad?</p> <p>Skadenummer</p> <p>Fortsätt vid behov på en separat bilaga. Anteckna i bilagan, vilken punkt i klagomålet den gäller, dvs. 6. Vad gäller tvisten?</p>
7. Krav och motivering	<p>Uppge här vad du kräver, specificera kravet vid behov och motivera det.</p> <p>Krav, euro</p> <p>Annat krav, vad?</p> <p>Motivering till kravet</p> <p>Fortsätt vid behov på en separat bilaga. Anteckna i bilagan, vilken punkt av klagomålet den gäller, dvs. 7. Krav och motivering.</p>
8. Fullmakt och uppgifter om ombud	<p>Om du inte sköter ditt ärende själv, uppge här ditt ombuds kontaktuppgifter och underteckna fullmakten.</p> <p>Ombudet godkänner fullmakten med sin underskrift.</p> <p>Parterna svarar själva för sina kostnader, även kostnader för anlåtande av ombud, t.ex. en advokat.</p> <p>Efternamn Förnamn</p> <hr/> <p>Adress Postnummer och -kontor</p> <hr/> <p>Telefonnummer tjänstetid (även riktnummer) E-postadress</p> <hr/> <p>Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande</p> <hr/> <p>Ombudets underskrift och namnförtydligande</p>
9. Kontroll av blanketten, bilagor och underskrift	<p>Bifoga till klagomålet en kopia på ersättningsbeslutet, försäkringsavtalet och vid behov på försäkringsvillkoren, kvitton, eventuella sakkunnigutlåtanden samt andra dokument som inverkar på ärendet.</p> <p>När ett ärende behandlas i nämnden, får parterna i allmänhet ta del av alla dokument som gäller ärendet. Detta klagomål med behövliga bilagor skickas till din motpart, och du som framfört klagomålet får ta del av motpartens skriftliga svar.</p> <p>Om ditt ombud sköter ärendet, undertecknar han eller hon detta klagomål.</p> <p>Ort och datum Underskrift och namnförtydligande</p>

SAMTYCKE OCH UPPGIFTER OM VÅRDPLATS

Konsumenttvistenämnden behöver tillräcklig och riktig information som underlag för sitt beslut. Om klagomålet gäller hälsotillståndet eller om sådana uppgifter annars hänför sig till det, behöver nämnden ditt samtycke till att den får inhämta och behandla informationen. Handlingar som gäller hälsotillståndet (t.ex. patientkort, läkemedels- eller glasögonrecept och läkarutlåtanden) är inte offentliga.

Samtycket gäller endast inhämtande av uppgifter som behövs vid behandlingen av klagomålet. Nämnden och de sakkunniga har sekretessplikt. Handlingar som gäller hälsotillståndet förses med en anteckning om att de inte är offentliga och de arkiveras separat när behandlingen av ärendet har slutförts.

Samtycke

Jag samtycker till att konsumenttvistenämnden får överlåta handlingar som innehåller uppgifter om mitt hälsotillstånd och som behövs vid behandlingen av ärendet till den andra parten och till sakkunniga som eventuellt anlitas. Dessutom ger jag mitt samtycke till att nämnden inhämtar sådana uppgifter från läkare och vårdinrättningar som vårdat mig och överlåta uppgifter till ovan nämnda.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Undersöknings- och vårdinrättningar

Uppge var du har blivit undersökt och fått vård i fråga om det olycksfall eller den sjukdom som hänför sig till klagomålet (sjukhus, hälsovårdscentral, läkarstation, läkarens namn mm.). Uppge också adresserna. Uppge också tidpunkten för besöken så exakt som möjligt.

Födelseid _____

Nämnden inhämtar patienthandlingarna från undersöknings- och vårdinrättningarna.

Röntgenbilder och motsvarande ber vi dig skaffa och skicka till nämnden.

Obs! Det är möjligt att det kostar att få bilderna, och konsumenten får själv stå för kostnaderna.

Uppge också vart bilderna ska returneras, när du skickar dem till nämnden.