

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn		Försäkringsnummer
Telefon, dagtid	Telefon, kvälltid	Telefon, mobil
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Mail
Ersättning/betalning önskas till följande konto		Kontonummer
<input type="checkbox"/> Postgiro	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Bankkonto

MEDFÖRSÄKRAD (Fylls i när anmälan avser annan än försäkringstagaren)

Namn	Folkbokföringsadress
------	----------------------

MOTPART

Namn	Telefon, dagtid	Telefon, kvälltid
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Mail
Ombudets namn	Telefon, dagtid	Telefon, kvälltid
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Mail

TIDIGARE RÄTTSSKYDDSFÖRSÄKRING

Om försäkringen gällt mindre än 2 år, ange tidigare försäkring med rättsskydd.

Försäkringsbolag	Eventuellt nummer
------------------	-------------------

NOGGRANNA UPPGIFTER ÄR VIKTIGA FÖR ÄRENDETS SKYNDSAMMA HANDLÄGGNING

Har du anlitat advokat/annat ombud?	Namn
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Advokatbyråns namn, adress och telefon	Mail

VAD GÄLLER TVISTEN?

1. På vad grundar sig tvisten
2. Ange tidpunkt för avtalets ingående respektive händelsens inträffande.

Numrera gärna svaren så som frågorna är numrerade. Bifoga relevanta handlingar.

Forts »

VAD GÄLLER TVISTEN? FORTS.

MOTPARTENS INSTÄLLNING TILL TVISTEN

YTTERLIGARE UPPLYSNINGAR FÖR ÄRENDETS HANDLÄGGNING

UNDERSKRIFT

Datum

Den försäkrades namnteckning



Om du inte är nöjd med vår handläggning finns flera möjligheter att få ärendet prövat. Se försäkringsvillkoren eller kontakta handläggaren.



Skickas till:
If
F200
106 80 Stockholm
Vxl: 0771-43 00 00

