

**ANMÄLAN – PERSONSKADA**  
Orsakad av motorfordon

Vårt ärende (ifylls av TFF)

<b>Skadad</b>	Namn		Personnr
	Gatuadress		Telefon
	Postnummer	Postadress	Mejladress
<b>Skadedag och skadeplats</b>	Skadedag	Skadeplats	Fordon   Reg.nr
	Är skadan anmäld till annan än TFF?		Om ja, vilket/vilka försäkringsbolag?
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
	Hur uppkom skadan/händelseförloppet?		
Har skadan uppkommit under arbetstid alternativt under färd till/från arbetet?			
<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Polisanmälan</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Polisstation   Polisens diarienummer:
<b>Eventuellt vittne</b>	Namn		Telefon bostad
	Gatuadress		Telefon arbetsplats
	Postnummer	Postadress	
<b>Skadebeskrivning</b>	Beskriv personskadan		
	Har du uppsökt läkare i anledning av skadan? Om ja, ange läkare/vårdinrättning		
<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Har du tidigare haft liknande besvär?</b>	Om ja, när och vilken läkare/vårdinrättning uppsöktes då?		
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Sjukskrivning</b> <b>(kopia av sjukskrivningsintyg)</b>	Hel sjukskrivning (fr o m – t o m)	3/4 sjukskrivning (fr o m – t o m)	Halv sjukskrivning (fr o m – t o m)
	1/4 sjukskrivning (fr o m – t o m)	Därav sjukhusvistelse (fr o m – t o m)	Arbetsför fr o m / Fortsatt sjukskriften
<b>Underskrift</b>	Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga:		
	Ort, datum		Underskrift
<b>Att observera!</b>	Enligt trafikskadelagen 31§ upphör din rätt till ersättning (preskriberas) efter en viss tid.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Om skadan inträffade efter den 1 januari 2015 måste du anmäla skadan inom 10 år från det att skadan inträffade.</li> <li>- Vid skada inträffad före den 1 januari 2015 kan eventuell rätt till ersättning gå förlorad om den inte anmäls inom 3 år från skadedagen.</li> </ul>			

## Ersättningsanspråk - personskada

Vårt ärende (ifylls av TFF)

### Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnr (år, mån, dag - nr)	Telefon, bostad	Telefon, arbete
Utdelningsadress	Postnr och postadress		
Yrke/sysselsättning	Arbetsgivare		

### Ersättningsanspråk – kostnader (originalkvitton skall bifogas)

Vård, behandling och medicin m.m. (glöm inte att utnyttja högkostnadsskydden).....	Kr +
Skadade kläder/personliga tillhörigheter (specificeras nedan).....	+
Reskostnader i samband med vård och behandling.....	+
OBS! Landsting/sjukvårdshuvudman ersätter kostnader för resor i samband med vård och behandling med undantag för den s k egenavgiften.	
<b>Övriga anspråk</b>	
	+
	+
<b>Summa</b>	=

### Specifika krav

Kläder/personliga tillhörigheter	Inköpt		Värde		Ersättningsanspråk Finns kvitto? Ja/Nej
	År	Pris	Före skadan	Efter skadan	

### Ersättning för sveda och värk

Ersättningsanspråk för sveda och värk behöver inte anges. TFF betalar ersättning enligt av Trafikskadenämnden fastställt tabellverk när medicinskt underlag inkommit och ersättningsbeslut föreligger.

### Ersättningen ska betalas till

Bank	Kontonr (inkl. clearingnr) alternativt Plusgironr
------	---

### Underskrift

Ort och datum	Namn
---------------	------

## FULLMAKT

Fullmakten avser: .....

Personnummer: .....

Jag lämnar genom denna fullmakt mitt samtycke till att Trafikförsäkringsföreningen får beställa och ta del av de uppgifter som behövs i skaderegleringen, för att bedöma min rätt till ersättning.

### Med fullmakt kan Trafikförsäkringsföreningen beställa uppgifter från:

- Arbetsförmedlingen
- Arbetsgivare
- Försäkringsbolag
- Försäkringskassan (ex. sjukskrivningsförhållanden, utredningar)
- Pensionsmyndigheten
- Sjukvårdsinrättningar (ex. journaler, läkarintyg)
- Skatteverket (ex. kontrolluppgifter, taxeringsuppgifter, deklARATIONER)
- Kommunal/statlig verksamhet (ex. beslut om hemtjänst, bostadstillägg, bostadsanpassning)
- Polismyndigheten

Uppgifterna kan gälla tid såväl före som efter skadetidpunkten. Fullmakten gäller från undertecknandet och under den tid som skaderegleringen pågår. Fullmakten kan när som helst återkallas genom att jag kontaktar Trafikförsäkringsföreningen. Information om eventuella konsekvenser av att fullmakten återkallas lämnas av Trafikförsäkringsföreningen. Fullmakten upphör att gälla när Trafikförsäkringsföreningen tagit slutlig ställning i ärendet, såvida inte fullmakten dessförinnan återkallats av fullmaktsgivaren.

Fullmakten ger Trafikförsäkringsföreningen rätt att delta i Försäkringskassans rehabiliteringsarbete, om det blir aktuellt.

Fullmakten ger även Trafikförsäkringsföreningen rätt att låta medicinska rådgivare, återförsäkringsbolag och vållande parts försäkringsbolag få ta del av handlingarna.

Trafikförsäkringsföreningen kommer att delge mig vilket material som inhämtats.

**Jag medger att ovan nämnda handlingar får lämnas till Trafikförsäkringsföreningen.**

<b>Namnteckning/ underskrift (i egenskap av):</b>	<input type="checkbox"/> Skadad	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Företrädare för dödsbo enligt fullmakt
<b>Underskrift</b>	<b>Namnförtydligande</b>		
<b>Ort och datum</b>			
<b>Behandling av personuppgifter</b> För information om behandling av dina personuppgifter hänvisar vi dig till <a href="https://www.tff.se/sv/Skada/om-personuppgifter/">https://www.tff.se/sv/Skada/om-personuppgifter/</a>			

## Vårdinrättningar

<b>1. Vårdgivare:</b>		<b>Besökt:</b>
		<input type="checkbox"/> Före skadan
Adress		<input type="checkbox"/> Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
<b>2. Vårdgivare:</b>		<b>Besökt:</b>
		<input type="checkbox"/> Före skadan
Adress		<input type="checkbox"/> Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
<b>3. Vårdgivare:</b>		<b>Besökt:</b>
		<input type="checkbox"/> Före skadan
Adress		<input type="checkbox"/> Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
<b>4. Vårdgivare:</b>		<b>Besökt:</b>
		<input type="checkbox"/> Före skadan
Adress		<input type="checkbox"/> Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
<b>5. Vårdgivare:</b>		<b>Besökt:</b>
		<input type="checkbox"/> Före skadan
Adress		<input type="checkbox"/> Efter skadan
Postnummer		
Postadress		