

ANMÄLAN – PERSONSKADA

Orsakad av motorfordon

Skadenummer

Skadad	Namn		Personnr	
	Gatuadress		Telefon bostad	
	Postnummer	Postadress	Telefon arbetsplats	
Skadedag och skadeplats	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				
Polisanmälan	Polisstation		Polisens diariennr:	
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Eventuellt vittne	Namn		Telefon bostad	
	Gatuadress		Telefon arbetsplats	
	Postnummer	Postadress		
Skadebeskrivning	Beskriv personskadan			
	Har du uppsökt läkare i anledning av skadan? Om ja, ange läkare/vårdinrättning			
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidigare haft liknande besvär?	Om ja, när och vilken läkare/vårdinrättning uppsöktes då?			
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Sjukskrivning (kopia av sjukskrivningsintyg skall bifogas)	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 sjukskriven	
Underskrift	Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga:			
	Ort, datum		Underskrift	
Att observera!	Anmäls inte skadan inom 3 år från skadedagen kan eventuell rätt till ersättning gå förlorad p.g.a. preskription, enligt Trafikskadelagen 31 §. FÖLJ DESSA ANVISNINGAR FÖR EN SNABB SKADEREGLERING.			

Ersättningsanspråk - personskada

Skadenummer

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
	+
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.	
Övriga anspråk	
	+
	+
Summa	=

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/SAMTYCKE VID PERSONSKADA

Utskriftsdatum:

Skada nr:

Samtycke att inhämta hälsouppgifter

Härmed lämnas samtycke till att Trafikförsäkringsföreningen, org. nr. 802005-9286, hos läkare, sjuk- och tandvårdsinrättningar, Försäkringskassan, andra myndigheter samt försäkringsbolag får inhämta och ta del av de hälsouppgifter som behövs för bedömning av min rätt till trafikskadeersättning med anledning av anmäld skada. Upplysningarna och handlingarna kan gälla tid såväl före som efter trafikolyckan. Samtycket ger även Trafikförsäkringsföreningen rätt att delta i rehabiliteringsprocessen.

Samtycket gäller från undertecknandet och under hela skaderegleringen. Genom samtycket hävs sekretessen i förhållande till Trafikförsäkringsföreningen enligt 12 kap. 2§ offentlighets- och sekretesslagen. Trafikförsäkringsföreningen kan för sin utredning behöva lämna ut handlingar innehållande hälsouppgifter till medicinsk rådgivare.

Fullmakt att inhämta övriga uppgifter

Fullmakt för Trafikförsäkringsföreningen att hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Skatteverket, Pensionsmyndigheten, andra myndigheter, försäkringsbolag och arbetsgivare inhämta och ta del av övriga upplysningar och underlag som behövs för bedömning av rätten till ersättning med anledning av anmäld skada.

Samtycket och Fullmakten kan när som helst återkallas genom att jag meddelar detta till Trafikförsäkringsföreningen.

Den skadades namn	Personnummer
-------------------	--------------

Underskrift (Om du är under 18 år krävs underskrift av vårdnadshavare/förmyndare)

Ort och datum
Namnteckning

Information om personuppgiftslagen (PUL)

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att TFF ska kunna handlägga skadan. Uppgifterna lämnar du i första hand själv men vi kan också behöva inhämta uppgifter till exempel från din arbetsgivare och försäkringskassan.

Den som önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns kan efter skriftlig ansökan, ställd till TFF, Box 24035, 104 50 Stockholm, få sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad och innehålla uppgift om försäkrings- eller personnummer.