

ANMÄLAN – PERSONSKADA
Orsakad av motorfordon

Vårt ärende (ifylls av TFF)

Skadad	Namn		Personnr		
	Gatuadress		Telefon		
	Postnummer	Postadress	Mejladress		
Skadedag och skadeplats	Skadedag	Skadeplats		Fordon	Reg.nr
	Är skadan anmäld till annan än TFF?		Om ja, vilket/vilka försäkringsbolag?		
	☐ Nej	☐ Ja			
	Hur uppkom skadan/händelseförloppet?				
Polisanmälan	Har skadan uppkommit under arbetstid alternativt under färd till/från arbetet?				
	☐ Nej	☐ Ja			
Eventuellt vittne	Namn		Telefon bostad		
	Gatuadress		Telefon arbetsplats		
	Postnummer	Postadress			
Skade- beskrivning	Beskriv personskadan				
Har du tidigare haft liknande besvär?	Har du uppsökt läkare i anledning av skadan?		Om ja, ange läkare/vårdinrättning		
	☐ Nej	☐ Ja			
Sjukskrivning	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!	Enligt trafikskadelagen 31§ upphör din rätt till ersättning (preskriberas) efter en viss tid. - Om skadan inträffade efter den 1 januari 2015 måste du anmäla skadan inom 10 år från det att skadan inträffade. - Vid skada inträffad före den 1 januari 2015 kan eventuell rätt till ersättning gå förlorad om den inte anmälts inom 3 år från skadedagen.				

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.	
Övriga anspråk	
	+
	+
Summa	=

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
- E-Hälsomyndigheten (Läkemedelskollen etc.)
- Försäkringsbolag
- Försäkringskassan (daganteckningar, sjukskrivning, bostadstillägg etc.)
- Kommunal verksamhet (exempelvis hemtjänst, anpassning, försörjningsstöd etc.)
- Kriminalvården, inkluderande frivård och övervakningsnämnd (personutredningar, provsvar, samhällstjänstgöring etc.)
- Migrationsverket (uppehållstillstånd, arbetstillstånd etc.)
- Pensionsmyndigheten (pensionsutbetalningar, bostadstillägg etc.)
- Sjukvårdsinrättningar (ex. journaler, läkarintyg)
- Skatteverket (ex. kontrolluppgifter, taxeringsuppgifter, deklarationer)
- Transportstyrelsen (STRADA-rapporter, körkort etc.)

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 ovannämnda handlingar får lämnas till Trafikförsäkringsföreningen.

Namnteckning/ Underskrift (i egenskap av)	☐ Skadad	☐ Vårdnadshavare	☐ Företrädare för dödsbo enligt fullmakt
Ort och datum			
Underskrift		Namnförtydligande	
Behandling av personuppgifter För information om behandling av dina personuppgifter hänvisar vi dig till https://www.tff.se/sv/Skada/om-personuppgifter/			

Vårdinrättningar

1. Vårdgivare:		Besökt:
		☐ Före skadan
Adress		☐ Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
2. Vårdgivare:		Besökt:
		☐ Före skadan
Adress		☐ Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
3. Vårdgivare:		Besökt:
		☐ Före skadan
Adress		☐ Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
4. Vårdgivare:		Besökt:
		☐ Före skadan
Adress		☐ Efter skadan
Postnummer		
Postadress		
5. Vårdgivare:		Besökt:
		☐ Före skadan
Adress		☐ Efter skadan
Postnummer		
Postadress		