**Instruktioner för ifyllande av ansökan om prövning**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sökande** | Namn \*  ***Fyll i namnet för den person som prövningen gäller. Vid fråga om förlust av underhållsersättning fyll istället i den avlidnes namn under sökande och den efterlevandes namn under efterlevande.*** | Personnummer (ÅÅÅÅMMDDnnnn)\*  ***Fyll i personnumret för den person som prövningen gäller.*** | |
| Adress \* | Postnr \* | Postort \* |
| **Efterlevande** | Namn  ***Denna ruta fylls endast i vid förlust av underhållsersättning. Fyll i namn för den efterlevande som ansöker om prövning. Om det är flera efterlevande behöver det fyllas i en ansökan per person.*** | Personnummer (ÅÅÅÅMMDDnnnn)  ***Vid förlust av underhållsersättning fyll personnumret för den som ansöker om prövning.*** | |
| **Kontaktperson** | **Ange den som nämndens kansli ska kontakta fortsättningsvis \***  ***Endast ett av dessa alternativ kan fyllas i.***  ***Om du har ett ombud behöver vi kontaktuppgifter och fullmakt. Av fullmakten ska det framgå vem du företräds av. Den ska vara underskriven både av dig och ditt ombud.***  ***Om ett ombud eller vårdnadshavare vill ha möjlighet att* ta del av handlingarna i ärendet digitalt genom att logga in på** [**www.trafikskadenamnden.se**](http://www.trafikskadenamnden.se) **via BankID, *måste dennes personnummer fyllas i.***  ***Om du är vårdnadshavare och har ombud. Fyll i ombudets uppgifter.***  Sökande   Efterlevande   Vårdnadshavare (om sökanden är under 18 år)   Ombud (bifoga fullmakt med kontaktuppgifter)   Företrädare för dödsbo (bifoga fullmakt med kontaktuppgifter) | | |
| Namn \* | Personnummer (ÅÅÅÅMMDDnnnn) | |
| Adress | Postnr | Postort |
| Företag | Telefon till kontaktperson \*  ***Fyll i nummer inklusive riktnummer.*** | |
| E-post till kontaktperson \* | | |
| Ärendet kommer att hanteras digitalt. Det innebär att du eller din kontaktperson kan ta del av handlingarna i ärendet genom att logga in på [www.trafikskadenamnden.se](http://portal.trafikskadenamnden.se) med hjälp av BankID.  ☐ Jag önskar inte att mitt ärende hanteras digitalt. | | |
| **Försäkringsbolag** | Bolagets namn \*       ***Ange aktuellt försäkringsbolag.*** | Handläggare       ***Handläggarens namn finns på******bolagets beslut.*** | |
| Adress | Postnr | Postort |
| E-postadress till handläggare \* | Telefon till handläggare | |
| **Trafikolycka** | Skadedatum \*       ***Fyll i det datum då trafikolyckan inträffade.*** | Försäkringsbolagets skadenummer \*       ***Skadenumret finns på bolagets beslut.*** | |
| **Jag har kontaktat mitt försäkringsbolag** | ☐ Jag har varit i kontakt med mitt bolag för att få bolaget att ändra det beslut som jag är missnöjd med. \*  ***Du måste ha varit i kontakt med bolaget efter det att du tagit del av bolagets beslut. Först därefter kan du ansöka om att få ditt ärende prövat i nämnden.*** | | |
| **Bilagor** | *Bolagets beslut som du vill få prövat: \**  *Bifogas*  *Skickas per post*  ***Du måste alltid skicka in bolagets skriftliga beslut till nämnden. Om du inte lämnar in beslutet kan nämnden inte pröva ditt ärende.***  Bifoga de handlingar som du vill att nämnden ska ta del av  **Allt ingivet material scannas in och sparas enbart digitalt. Ingivna originalhandlingar kan inte återfås efter avslutad handläggning.**  Ditt ärende avgörs enbart på de handlingar som nämnden får in.  ***Innan ärendet prövas i nämnden kommer du få ta del av det material som bolaget skickat in. Du har möjlighet att lämna synpunkter på bolagets inställning och komplettera med material om du anser att något saknas. Om du vill skicka in material som bolaget inte har sett, t ex ett nytt läkarintyg, måste du först vända dig till bolaget som får ta ställning till det nya materialet. Först därefter kan du begära en prövning i nämnden.*** | | |
| **Vad vill du att nämnden ska pröva?** | Det kan t ex vara frågan om det är trafikolyckan som orsakar besvär eller arbetsoförmåga, om invaliditetsgraden eller ersättningen bör vara högre. \*  ***Om du yrkar att ersättningen ska vara högre bör du ange det belopp du yrkar och hur du har beräknat beloppet. Du kan max skriva 4 500 tecken (ca 1 A4-sida). Behöver du förklara mer kan du ladda upp ett dokument som bilaga under "Bilagor".*** | | |
| **Redogörelse för din uppfattning** | Här kan du närmare redogöra för din uppfattning, t ex kortfattat ange hur olyckan gick till, vilka besvär du anser att du har på grund av trafikolyckan, om besvären påverkar studier eller arbete (i sådana fall ange vilket arbete och under vilken period), vilken invaliditetsgrad du anser att trafikolyckan orsakar eller hur stor ersättning du anser att du har rätt till.    ***Här kan du kortfattat motivera dina krav.  Du kan max skriva 4 500 tecken (ca 1 A4-sida). Behöver du förklara mer kan du ladda upp ett dokument som bilaga under "Bilagor".*** | | |
| **Övriga kommentarer** | ***Du kan max skriva 4 500 tecken (ca 1 A4-sida). Behöver du förklara mer kan du ladda upp ett dokument som bilaga under "Bilagor".*** | | |
| **Samtycke till behandling av personuppgifter** | |  | | --- | | Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, bland annat personuppgifter, måste behandlas för att göra det möjligt för Trafikskadenämnden att lämna yttrande i ärendet samt för administration av nämndens verksamhet. Uppgifterna lämnar du i första hand själv men vi behöver också hämta, få in och lämna ut uppgifter exempelvis till försäkringsbolaget samt i vissa fall till sakkunniga, t ex nämndens sakkunnigläkare.  Den som önskar upplysning om vilka personuppgifter som behandlas kan efter skriftlig undertecknad ansökan få sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter. Ansökan ska skickas till Trafikskadenämnden, Box 24048, 104 50 Stockholm.  ☐ Jag intygar att jag är rätt sökande i ärendet och att jag samtycker till att uppgifterna i ansökan och övrigt ingivet material får behandlas hos nämnden. \* | |  | | | | |