**Ansökan om prövning**

**\* = Obligatoriska uppgifter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Sökande**  | Namn \*      | Personnummer (ÅÅÅÅMMDDnnnn)\*      |
| Adress \*      | Postnr \*      | Postort \*      |
| **2. Efterlevande** | Namn       | Personnummer (ÅÅÅÅMMDDnnnn)      |
| **3. Kontaktperson** | **Ange den som nämndens kansli ska kontakta fortsättningsvis \*** Sökande Efterlevande Vårdnadshavare (om sökande 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 \*      |
| E-post till kontaktperson \*       |
| Jag önskar att mitt ärende hanteras: ☐ Digitalt☐ Med postOm du vill att ärendet ska hanteras digitalt innebär det att du eller din kontaktperson kan ta del av handlingarna i ärendet genom att logga in på [www.trafikskadenamnden.se](http://www.trafikskadenamnden.se) med hjälp av BankID.  |
| **4. Försäkringsbolag** | Bolagets namn \*      | Handläggare      |
| Adress      | Postnr       | Postort      |
| E-postadress till handläggare \*      | Telefon till handläggare      |
| **5. Trafikolycka** | Skadedatum \*      | Försäkringsbolagets skadenummer \*      |
| **6. 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. \* |
| **7. Bilagor** | Bolagets beslut som du vill få prövat: \*Bifogas Skickas per post inom 7 dagar från ansökningsdatumBifoga de handlingar som du vill att nämnden ska ta del avDitt ärende avgörs enbart på de handlingar som nämnden får in. Allt ingivet material scannas in och sparas enbart digitalt. Ingivna originalhandlingar kan inte återfås efter avslutad handläggning. |
| **8. Vad vill du att nämnden ska pröva?** | OBS! Du kan enbart begära prövning av de frågor som framgår av bolagets beslut. Det kan t ex vara frågan om det är trafikolyckan som orsakar besvär eller arbetsoförmåga, om invaliditetsgraden eller ersättningen bör vara högre. \*       |
| **9. 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.       |
| **10. Övriga kommentarer** |       |
| **11. Behandling av person-uppgifter** |

|  |
| --- |
| 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 eller översättningsbyråer.☐ Jag intygar att jag är rätt sökande/ombud/vårdnadshavare i ärendet och jag är införstådd med att Trafikskadenämnden kommer att behandla mina personuppgifter.\*  |
|  |

 |