ANSÖKAN OM BROTTSSKADEERSÄTTNING
för personskada och kränkning

Brottsskadeersättning lämnas inte om gärningspersonen kan betala skadeståndet eller om en skada ersätts helt av försäkring.

Denna yta är reserverad för Brottsoffermyndighetens anteckningar

1. DU SOM ANSÖKER OM BROTTSSKADEERSÄTTNING (VÄNLIGEN TEXTA)

Tilltalsnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postadress (postnummer och ortnamn)	
Telefon dagtid (inkl riktnummer)	E-postadress	
Bankkonto inkl clearingnummer eller bankgiro-, plusgiro- eller personkontonummer		

2. OMBUD **Om du är ombud för sökanden – ange det här. Bifoga fullmakt i original som visar din rätt att företräda sökanden.**

Namn	Telefonnummer
Adress	Klientmedelskonto

3. BROTT SOM DU HAR UTSATTS FÖR

Vilket datum inträffade brottet?	På vilken ort inträffade brottet?	Vilket var brottet (t.ex. misshandel, olaga hot)?
Tingsrättens namn och domsdatum		Målnummer (B-nummer) B
Hovrättens namn och domsdatum		Målnummer (B-nummer) B
Om brottet inte prövats i domstol, skicka med polisanmälan eller ange K-nummer (polisens ärendenummer). – K –		

4. VAD BEGÄR DU ERSÄTTNING FÖR?

☐ Sveda och värk ☐ Invaliditet ☐ Lyte/ärr ☐ Kränkning ☐ **Inkomstförlust** med ..... kr

☐ **Kostnader** (t. ex. sjukvård, skador på kläder, glasögon) med ..... kr för .....

5. ERSÄTTNING FRÅN GÄRNINGSPERSONEN ELLER NÅGON ANNAN

Har du fått ersättning från gärningspersonen, Kronofogden eller någon annan?

☐ **Nej** ☐ **Ja, från** .....

6. UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGAR

Var du medlem i fackförbund vid skadetillfället? Om ja, vilket fackförbund?

☐ **Nej** ☐ **Ja** .....

Fanns det vid skadetillfället någon försäkring? Om ja, i vilket försäkringsbolag?

☐ **Nej** ☐ **Ja**, hemförsäkring i ..... ☐ **Ja**, olycksfallsförsäkring i ..... ☐ **Ja**, annan försäkring i .....

☐ **Skada anmäld** **Utbetalt belopp** ..... kr

Inträffade skadan i arbetet eller resa till eller från arbetet? Om ja, ange arbetsgivarens organisationsnummer

☐ **Nej** ☐ **Ja**, organisationsnummer .....

Fanns det vid skadetillfället någon annan vuxen skriven på samma adress? Om ja, ange namn, personnummer och försäkringsbolag

☐ **Nej** ☐ **Ja** ....

....

7. UPPGIFTER OM VÅRD

Har du fått vård till följd av skadan? Om ja, fyll i namn på vårdinrättning t.ex. sjukhus/vårdcentral

☐ **Nej** ☐ **Ja, 1–2 ggr** ☐ **Ja, flera ggr** .....

Reviderad maj 2016

VÄND

Om brottsskadeersättning betalas ut tar Brottsoffermyndigheten över din rätt till ersättning från gärningspersonen upp till det belopp myndigheten har betalat ut till dig. Om det i efterhand visar sig att du har rätt till ersättning från annat håll, t.ex. från försäkringsbolag, övertar Brottsoffermyndigheten normalt rätten till den ersättningen.

Jag ger Brottsoffermyndigheten rätt att ta del av följande handlingar:

- **Sjukjournaler, läkarintyg och andra handlingar om mig vid sjukhus, försäkringskassa eller motsvarande.**
- **Uppgifter från kommun, Skatteverket och andra myndigheter om mina ekonomiska och sociala förhållanden.**
- **Uppgift från försäkringsbolag om min försäkringssituation samt akt och beslut i försäkringsärendet.**
- **Vid domstol sekretessbelagd handling om mina personliga förhållanden.**
- **Förundersökningshandlingar från Polis- och Åklagarmyndigheten.**
- **Uppgift från bank eller kreditinstitut om mina kontonummer.**

Jag intygar att uppgifterna i ansökan är riktiga. Jag samtycker samtidigt till att de personuppgifter som jag lämnar behandlas i Brottsoffermyndighetens datasystem. Jag samtycker även till att de personuppgifter som kan komma att hämtas in av Brottsoffermyndigheten med stöd av fullmakt behandlas automatiserat. Personuppgifterna kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204) och de behövs för att myndigheten ska kunna handlägga ansökan om brottsskadeersättning.

- **Jag är medveten om att jag måste meddela Brottsoffermyndigheten om jag får eller har fått ersättning från den som orsakat skadan eller från försäkringsbolag. Om jag inte meddelar detta riskerar jag att bli återbetalningsskyldig.**
- **Jag är medveten om att felaktiga eller utelämnade uppgifter kan medföra straffansvar.**
- **Jag är medveten om att Brottsoffermyndigheten övertar min rätt till skadestånd eller annan ersättning upp till det belopp som utbetalats som brottsskadeersättning.**

UNDERSKRIFT

Om sökanden är omyndig ska ansökan undertecknas av vårdnadshavaren eller båda vårdnadshavarna (vid gemensam vårdnad) eller en särskilt förordnad ställföreträdare. Om den ena vårdnadshavaren är gärningsperson behövs bara underskrift av den andra vårdnadshavaren.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

ANSÖKAN SKICKAS TILL:
Brottsoffermyndigheten
Box 470
901 09 UMEÅ