

Så här fyller du i blanketten elektroniskt

Den här blanketten kan du fylla i elektroniskt. Vi behöver dock din underskrift så därför måste blanketten skrivas ut och skickas in till Kammarkollegiet via post. För att du ska få ett snabbare beslut från oss är det viktigt att blanketten är korrekt ifylld samt undertecknad. Observera att blanketten ska skrivas ut på vitt papper.

Universitet i Sverige	Institution/Motsvarande	<input type="checkbox"/> Student IN <input type="checkbox"/> Student UT
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Utdelningsadress i hemlandet/utlandet	Telefon bostad/mobil (även riktnr i Sverige)	
Postnr, ortnamn och land	Telefon utlandet/mobil	
E-postadress	Vistelseperiod 20 - 20	

Utbetalningssätt - Konto i Sverige

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> PlusGiro:	<input type="checkbox"/> Bankgiro:		

Utbetalningssätt - Konto i Utlandet

IBAN-nummer/Bankkonto:	
SWIFT:	Bankkod (t.e.x. BLZ, SORTCODE)
Bankens namn och adress:	

* Om inget annat anges utbetalas ersättningen med utbetalningskort

Högskolans/Myndighetens bestyrkande (Anmälan återsändes om bestyrkande, kopia av överenskommelse eller försäkringsbekräftelse saknas)

<input type="checkbox"/> Härmed intygas att anmälan avser en person som omfattas av Student IN/Samling. En kopia av överenskommelsen om utbyte eller mottagande enl. mom. 1.1 bifogas på annat papper.	
<input type="checkbox"/> Härmed intygas att anmälan avser en person som omfattas av Student UT/Samling. En kopia av överenskommelsen om utbyte eller mottagande enl. mom. 1.1 bifogas på annat papper.	
<input type="checkbox"/> Anmälan avser en person som omfattas av en enskild försäkring. En kopia av försäkringsbekräftelsen bifogas. Ingen skadereglering kan ske innan kopia av försäkringsbekräftelse och överenskommelse inkommit.	
Namn-teckning	Myndighet och avdelning
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon	Fax
	E-post
<input type="checkbox"/> Kostnaden har förskötterats av myndigheten	
Ersättning skall därför betalas till myndighetens PlusGirokonto/Bankgiro:	Referens

Händelseförlopp

Skadedatum	Tidpunkt/klockslag	Skadeplats	Land
Typ av skada <input type="checkbox"/> Olycksfall (bifoga läkarintyg) / Överfall (bifoga polisanmälan) <input type="checkbox"/> Bestående besvär (t ex smärta, rörelseinskränkning och ärr) <input type="checkbox"/> Sjuk- och tandvårdsskydd <input type="checkbox"/> EU-kort uppvisat <input type="checkbox"/> Hemtransport <input type="checkbox"/> Anhörigs besöksresa <input type="checkbox"/> Egendomsskydd		<input type="checkbox"/> Resgodsförsening (Gäller Student UT) <input type="checkbox"/> Kontant skadehjälp (Gäller Student UT) <input type="checkbox"/> Kris och katastrofskydd (Gäller Student UT) <input type="checkbox"/> Ansvarsskydd <input type="checkbox"/> Rättsskydd	

Har hjälp erhållits från Falck Global Assistance? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: Ärendenr:
<input type="checkbox"/> Sjukvårdsinrättningar jag besökt:
<input type="checkbox"/> Inlagd på sjukhus följande dagar: Jag har försäkring i annat försäkringsbolag: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Ja, bolagets namn:
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, har ersättning erhållits? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv utförligt det inträffade/vårdbehovet:
<input type="checkbox"/> Fortsätt på annat papper.....

Ersättningsanspråk (läkarvård, mediciner, tandvård m.m)

Förteckning över kostnader som den försäkrade begär ersättning för. Kvitton skall bifogas.

Kostnad	Orsak	Ersättningsanspråk i SEK
<input type="checkbox"/> Fortsätt på annat papper.....		S:a SEK

Förteckning över egendom som den försäkrade begär ersättning för

Bifoga originalkvitton samt, vid bagageförsening, även intyg från transportföretag

Föremål	Fabrikat, modellbeteckning	Inköpsdatum	Inköpt nytt eller begagnat	Inköpsställe	Inköpspris
<input type="checkbox"/> Fortsätt på annat papper.....				S:a SEK	

Den försäkrades underskrift

Uppgifterna i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas. Jag medger även att Kammarkollegiet får ta del av erforderliga sjukjournaler.

Ort och datum	Uppgiftslämnarens underskrift med namnförtydligande
---------------	---