



### 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
Den försäkrades namn		Den försäkrades personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
E-postadress		Telefon mobil	
Skadedatum	Tidpunkt/Klockslag	Land	
Skadeplats	Finns giltigt schengenvisum? om ja, bifoga kopia <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsperiod <b>20</b> - <b>20</b>	

### Utbetalningsuppgifter - Konto i Sverige (Om inte konto anges utbetalas ersättningen med utbetalningskort)

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

### Utbetalningsuppgifter - Konto i Utlandet

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

### Högskolans/Myndighetens bestyrkande (Anmälan återsändes om bestyrkande och 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	E-post
<input type="checkbox"/> Kostnaden har förskötterats av myndigheten	
Ersättning skall därför betalas till myndighetens PlusGirokonto/Bankgiro:	Referens



### Händelseförlopp

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

Beskriv utförligt det inträffade/vårdbehovet (måste fyllas i för att vi ska kunna ta ställning till ditt ersättningsanspråk):

Fortsätt på annat papper.....

Har hjälp erhållits från Falck Global Assistance?

Nej  Ja: Ärendenr:

Sjukvårdsinrättningar jag besökt:

Inlagd på sjukhus följande dagar:

Jag har försäkring i annat försäkringsbolag:  Ja  Nej

Ja, bolagets namn:

Är skadan anmäld dit?  Ja  Nej

Om ja, har ersättning erhållits?  Ja  Nej



### Ersättningsanspråk (läkarvård, mediciner, tandvård m.m)

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

Betalat av dig

Kostnad	Orsak	Ersättningsanspråk i SEK	Ja	Nej
<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 för att bedöma mina ersättningskrav.

Ort och datum	Uppgiftslämnarens underskrift
	Namnförtydligande