



KAMMARKOLLEGIET

Skadeanmälan

FAS och FASplus

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

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 saknas)

<input type="checkbox"/> Härmed intygas att anmälan avser en person som omfattas av FAS/Samling	
<input type="checkbox"/> Härmed intygas att anmälan avser en person som omfattas av FASplus/Samling	
Namn-teckning	Myndighet/Kursarrangör
Namn-förtydligande	Befattning
Telefon	E-post
<input type="checkbox"/> Kostnaden har förskötterats av myndigheten	
Ersättning skall därför betalas till myndighetens PlusGirokonto/Bankgiro:	Referens



KAMMARKOLLEGIET

Skadeanmälan

FAS och FASplus

Händelseförlopp

Typ av skada <input type="checkbox"/> Olycksfall (bifoga läkarintyg) <input type="checkbox"/> Sjuk- och tandvårdsskydd <input type="checkbox"/> Hemtransport	<input type="checkbox"/> Egendomsskydd (Endast FASplus) <input type="checkbox"/> Ansvarsskydd <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.....

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 (gäller endast FASplus)

Bifoga originalkvitton.

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

Skicka in din skadeanmälan till Kammarkollegiet inom tre år från och med skadedagen/händelsen.**Anmälan sänds med myndighetens bestyrkande till: Kammarkollegiet, 651 80 Karlstad****www.kammarkollegiet.se/forsakringar**