


KAMMARKOLLEGIET

Ansökan om ersättning

Sjuk- och föräldraförsäkring för doktorander med stipendium

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 eller högskola	Institution eller motsvarande
Ansökan om ersättning avser	<input type="checkbox"/> Sjukfrånvaro <input type="checkbox"/> Föräldrapenning <input type="checkbox"/> Tillfällig föräldrapenning

Hur mycket sjukpenning/föräldrapenning ansöker du om och från vilket datum?

Kryssa i hur stor del av dina ordinarie doktorandstudier du är eller har varit sjukskriven/föräldrarledig.							
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om hel (100%)	från och med	år	20	månad	-	dag	-
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om tre fjärdedels (75%)	från och med	år	20	månad	-	dag	-
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om halv (50%)	från och med	år	20	månad	-	dag	-
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om en fjärdedels (25%)	från och med	år	20	månad	-	dag	-
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om en åttondels (1/8)	från och med	år	20	månad	-	dag	-
Datum för återgång till doktorandstudier	20 - -						

Den försäkrade

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (åååå-mm-dd-xxxx) - - -
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon

Observera att du måste fylla i fler uppgifter på nästa sida.

Besök gärna Kammarkollegiets webbplats, där kan du läsa mer om våra försäkringar och de villkor som gäller för dig som försäkringstagare.

www.kammarkollegiet.se/forsakringar

Antagen till

Antagen till doktorandstudier för tiden (åå-mm) 20 - till 20 -	Stipendium beviljat för tiden (åå-mm) 20 - till 20 -
Stipendium beviljat av	

Utbetalningssätt

Bank	Clearingnummer	Kontonummer	Ort
IBAN	SWIFT	Bank	Land

Inkomst från stipendier

Årsinkomst	Omfattning i procent %
Årsinkomst ska styrkas genom kopia av stipendiebeslut eller intyg om stipendium från stipendiegivaren.	
Stipendiegivare	Kontaktperson

Frånvar oanledning

Sjukdom från 20 - -	Föräldraledighet från 20 - -	Tillfällig föräldraledighet från 20 - -
Orsak (diagnos/symptom)	Barnets namn och personnummer	Barnets namn och personnummer samt orsak (diagnos/symptom)

Anmälan och läkarbesök

Anmält till Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anmält till annan försäkringsgivare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, vilken Försäkringskassa?	Om Ja, vilken försäkringsgivare?

Observera att du måste skriva under blanketten på nästa sida.

Besökt läkare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Besökt sjukhus/vårdcentral <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, vilken läkare?	Om Ja, vilket sjukhus/vilken vårdcentral?

Övriga upplysningar

Universitetets/Högskolans bestyrkande

Härmed intygas att ansökan avser en doktorand som är antagen till och bedriver doktorandstudier vid universitetet/högskolan och som finansierar sina studier med stipendium.	
Namn-teckning	Avdelning
Namnförtydligande	Befattning
Telefon	E-post

Den försäkrades underskrift

Uppgifterna i denna ansökan är sanningsenliga, vilket härmed intygas. Jag medger även att Kammarkollegiet får ta del av erforderliga sjukjournaler samt uppgifter från Försäkringskassan.	
Ort och datum	Uppgiftslämnarens underskrift
	Uppgiftslämnarens namnförtydligande