



KAMMARKOLLEGIET

Skadeanmälan

URA – Försäkring för utlandsstationerad personal

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.

OBS! Texta tydligt när ni fyller i blanketten

Arbetsgivare

Myndighet	Organisationsnr
Avdelning	

Uppgifter om den skadelidande

Den utsändes namn	Ansökan avser <input type="checkbox"/> Utsänd <input type="checkbox"/> Medföljande vuxen <input type="checkbox"/> Medföljande barn
Den utsändes personnummer	Om ansökan avser medföljande, ange namn och personnummer
Utdelningsadress	Telefon mobil
Postnummer och ort	E-post

Skadeinformation

Skadedatum och klockslag	Skadeplats/ort
--------------------------	----------------

Utbetalningsuppgifter

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
Foreign bank	Swift code (BIC)	IBAN code

Myndighetens bestyrkande

<input type="checkbox"/> Härmed intygas att skadan/kostnaderna uppkommit under tid när den försäkrade omfattas av försäkringen. En kopia av försäkringsbekräftelsen skall bifogas denna anmälan om det avser en enskild försäkring.	
Namnteckning	Myndighet
Namnförtydligande	Befattning
Telefon	E-post

www.kammarkollegiet.se/forsakringar

Typ av skadehändelse

Ansökan avser:

<input type="checkbox"/> Akut sjuk- eller tandvård samt merkostnader för hemtransport	<input type="checkbox"/> Resgodsförsening vid utresa
<input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Arbetstid <input type="checkbox"/> Fritid	<input type="checkbox"/> Ansvarsskydd/Rättsskydd
<input type="checkbox"/> Resa p.g.a. nära anhörigs livshotande sjukdom eller dödsfall	<input type="checkbox"/> Nära anhörigs besöksresa

Har hjälp erhållits från Falck Global Assistance (FGA) eller någon av FGA:s agenter?

Ja, nämligen: _____ Nej

Jag har även anmält skadan till annat försäkringsbolag

Ja, nämligen: _____ Belopp i kr: _____

Jag yrkar endast ersättning för självrisk

Beskriv utförligt det inträffade.

Forts. på annat papper eller på baksidan av dokumentet

Ersättningsanspråk

Ersättningsyrkande: bifoga kvitton/verifikationer i original	Bilagenr.	Kostnader i lokal valuta	Ersättning i SEK
<input type="checkbox"/> Forts. på annat papper eller på baksidan av dokumentet		Summa totalt i lokal valuta	Summa totalt i SEK

Den försäkrades underskrift

Uppgifterna i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Anmälan sänds med myndighetens bestyrkande till: Kammarkollegiet, 651 80 Karlstad

www.kammarkollegiet.se/forsakringar