

**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"/> Resgodsförsening (Gäller Student UT) | |
| <input type="checkbox"/> Bestående besvär (t ex smärta, rörelseinskränkning och ärr) | | <input type="checkbox"/> Kontant skadehjälp (Gäller Student UT) | |
| <input type="checkbox"/> Sjuk- och tandvårdsskydd <input type="checkbox"/> EU-kort uppvisat | | <input type="checkbox"/> Kris och katastrofskydd (Gäller Student UT) | |
| <input type="checkbox"/> Hemtransport | | <input type="checkbox"/> Ansvarsskydd | |
| <input type="checkbox"/> Anhörigs besöksresa | | <input type="checkbox"/> Rättsskydd | |
| <input type="checkbox"/> Egendomsskydd | | | |

| |
|--|
| 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 |