



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.

Ärendenr	
Myndighet/Utbildningsställe	Organisationsnr

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon arbete (även riktnr)
Telefon bostad (även riktnr)	Telefon mobil

Utbetalningssätt

Utbetalning önskas insatt på*:			
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Ange vilken bank och ort
<input type="checkbox"/> PlusGiro nummer/personkonto:			
* Om inget annat anges utbetalas ersättningen med utbetalningskort			

Skadedatum	Tidpunkt
Skadeplats	
Beskriv utförligt det inträffade	

Skadad kroppsdel och skadans art:		
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när?	Var har du fått vård för denna skada?
Sjukskrivningsperiod nuvarande skada: <input type="checkbox"/> Sjukskrivningsintyg bifogas		
Ange vilken vårdinrättning du har/haft kontakt med (vårdgivarens namn, läkare, avdelning och adress)		
Vårdats på sjukhus: Fr.o.m: _____ T.o.m: _____		
Sjukhusets namn och avdelning:		
Har läkarbehandlingen avslutats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Finns privat sjuk/olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolag
Kostnader för läkarvård Belopp: _____	Samtliga kostnader ska styrkas med originalkvitton. Vi ersätter högst upp till högkostnadskortet.	
Inkomstförlust Belopp: _____	Faktiska inkomstförlusten styrkt med intyg från arbetsgivare och försäkringskassa.	
Har du lön under studietiden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om du svarat Ja, Har anmälan gjorts till Försäkringskassan/CSN? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Nej, Varför har du inte anmält till Försäkringskassan/CSN? Det är viktigt att sjukanmäla sig både till Försäkringskassan och CSN.		

Närmare beskrivning av händelseförloppet vid olycksfallet och övriga upplysningar (ex. vittnesuppgifter)

--

Observera! Du måste skriva under blanketten på nästa sida!

Ersättningsanspråk - Personskada

Jag yrkar ersättning för	
<input type="checkbox"/> Sveda och värk	
Sjukvårdsinrättning jag besökt	Sjukskrivningsperiod
<input type="checkbox"/> Läkarintyg bifogas	
<input type="checkbox"/> Bestående besvär (t.ex. rörelseinskränkning, smärta, ärr)	
<input type="checkbox"/> Kostnader (t.ex. läkarvård, sjukresor som inte ersatts av försäkringskassa eller arbetsgivare) <i>Bifoga originalkvitton</i>	SEK
<input type="checkbox"/> Inkomstförlust (som inte ersatts av försäkringskassa eller arbetsgivare) <i>Intyg från arbetsgivare och försäkringskassa skall bifogas!</i>	SEK
Övriga uppgifter	

Den skadades underskrift / Fullmakt

Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga.

Jag lämnar för Kammarkollegiets räkning följande fullmakt:

Jag medger att allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning samt läkare och sjukvårdsanstalter som jag anlitat eller kommer att anlita, får lämna Kammarkollegiet alla de uppgifter om mitt hälsotillstånd som behövs för bedömning av mina ersättningskrav. Fullmakten omfattar även rätt att hos myndigheter inhämta nödvändiga uppgifter för bedömning av min rätt till ersättning. Har Kammarkollegiet medgett mig ersättning för skada, inträder staten i min rätt att av annan kräva ersättning för skadan intill angivet belopp.

Ort och datum	Namnsteckning	Personnummer
	Namnförtydligande	Ärende nr.

Myndighetens bestyrkande

Härmed intygas att skadan avser en person som försäkrats hos Kammarkollegiet och att skadan inträffade under försäkrad tid/ på försäkrad plats.

En kopia av försäkringsbekräftelsen bifogas.

Namnsteckning	Myndighet
Namnförtydligande	Befattning
Telefon	Fax

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

För information om försäkringsvillkoren se www.kammarkollegiet.se/forsakringar

www.kammarkollegiet.se/forsakringar