



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*:			
Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Ange vilken bank och ort
PlusGiro nummer/personkonto:			
* Om inget annat anges utbetalas ersättningen med utbetalningskort			

Skadedatum	Tidpunkt
Skadeplats	
Beskriv utförligt det inträffade	

Observera! Du måste skriva under blanketten på nästa sida!

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.

Namnteckning	Myndighet
Namnförtydligande	Befattning
Telefon	Fax

Den försäkrades underskrift

Uppgifterna i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas.

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

Ersättningsanspråk - Personskada

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

Fullmakt

Vill du att Kammarkollegiet i ditt ställe skall begära in medicinsk utredning skall du underteckna fullmakten.

Jag medger att sjukjournaler och läkarintyg hos sjukvårdsinrättning samt uppgifter hos försäkringskassan, rörande denna skada får utlämnas till Kammarkollegiet.

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

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