

# Anmälan om skada



## CSN utlandsstudieförsäkring

För att inte försena ärendets handläggning, fyll i anmälan noga. Fyll först i uppgifterna under rubriken "Ifylls alltid" och fortsätt därefter till aktuellt avsnitt.

Gör alltid polisanmälan vid stöld och förlust och bifoga den erhållna kopian. Om särskild godsförteckning görs vill vi ha även den.

### UNDER VILKEN PUNKT I FÖRSÄKRINGEN YRKAS ERSÄTTNING?

- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Läkare-/Sjuk-/Tandvård | <input type="checkbox"/> Hemtransport | <input type="checkbox"/> Överfall      | <input type="checkbox"/> Avbeställningsskydd   |
| <input type="checkbox"/> Resor för vård         | <input type="checkbox"/> Ansvarsskydd | <input type="checkbox"/> Egendomsskydd | <input type="checkbox"/> Resa för nära anhörig |
| <input type="checkbox"/> Invaliditet/Dödsfall   | <input type="checkbox"/> Rättsskydd   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____           |                                       |  |  |

### IFYLLS ALLTID

Försäkringsnummer

Skadedatum (år, månad, dag)

SP 100

Namn

Personnummer

Telefon, dagtid

Utdelningsadress

Postnummer och ortnamn

Mail

Utbetalning till bankkonto, clearingnummer

Kontonummer

Swift code

Innehavare av bankkonto

### OLYCKSFALL

När inträffade olycksfallet?

Var?

Hur gick olycksfallet till?

Vilka kroppsskador blev följden?

Vilken läkare/sjukhus/vårdinrättning har behandlat skadan?

Är behandlingen avslutad?

Ja  Nej

### SJUKDOM

Sjukdomens namn

När märkte du de första symptomen?

Har du tidigare behandlats

för liknande sjukdom

Ja

Nej

Vilken?

När?

Hur länge?

Vilken läkare/sjukhus/vårdinrättning anlätades då? (Ange läkare/sjukhus/vårdinrättnings namn och adress)

### UPPGIFTER OM LÄKE- OCH RESEKOSTNADER

OBS! Samtliga kostnader skall alltid styrkas med originalkvitton. Försäkringskassan kan i vissa fall betala en del av kostnaderna. Kontakta därför din försäkringskassa.

Datum för behandlingen	Utgiftens art (Läkararvode, medicin)	Erlagt belopp i utländsk valuta	Valutakod	Ersatt av annan försäkring/socialförsäkring	Återstående belopp	Kostnad i svensk valuta	Ver. nr
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## STÖLD OCH SKADEGÖRELSE

När konstaterades skadan (datum):

När hände skadan (om annan tidpunkt):

Vem är skadan rapporterad till?

Polis

Transportföretag

Hotell

Alarmcentralen

Annat: \_\_\_\_\_ Originalhandlingar ska bifogas.

Var förvarades föremålen när skadan inträffade?

Bil

Tåg

Flyg

Hotell

Buss

Lägenhet

Annan plats: \_\_\_\_\_

Var bagaget incheckat/polleterat?

Ja

Nej

Hos vem: \_\_\_\_\_

Var förvaringsstället låst?

Ja

Nej

Fanns tecken på inbrott?

Ja

Nej

Vilka: \_\_\_\_\_

Vid okänt inbrottsätt, ange hur du tror att gärningsmannen tog sig in

## RÅN, VÄSKRYCKNING, ÖVERFALL

Beskriv hur det gick till

Uppstod personskador?

Ja

Nej

Vilka?

Har du besökt läkare till följd av skadan?

Ja

Nej

Läkarens namn och adress (Bifoga läkarintyg)

Kan du namnge gärningsmannen?

Ja

Nej

Namn och adress

Är händelsen polisanmäld? Bifoga polisanmälan

Ja

Nej

Finns vittnen? Uppge i så fall namn och adress

## ANNAN SKADA ELLER FÖRLUST

Beskriv hur skadan inträffade

---

---

---

---

---

---

---

---

## UNDERSKRIFT AV DEN SKADADE

Undertecknad förklarar härmed på heder och samvete att ovanstående uppgifter är sanna. Jag medger att läkare, sjukhus annan vårdanstalt samt försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa) får lämna If Skadeförsäkring alla erforderliga upplysningar för bedömning av ersättningsanspråken.

Datum

Den skadades namnteckning

---

