

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Du som ansöker

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

2. Dina arbetsförhållanden

Arbetsgivarens/egna företags namn	Telefon, även riktnummer
Yrke/sysselsättning	<input type="checkbox"/> Eget företag

3. Är du helt eller delvis arbetslös?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Tillhör du en arbetslöshetskassa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	
	Arbetslöshetskassans namn	Telefon, även riktnummer

4. Skada eller sjukdom

Vilken skada eller sjukdom har medfört inkomstförlust eller kostnader för dig?	
	år, månad, dag
När inträffade olyckan eller när konstaterades sjukdomen?	

5. Ansöker du om livränta?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Jag ansöker om livränta från (år, månad) _____ därför att jag har en inkomstförlust som beror på att:	
	<input type="checkbox"/> jag har nedsatt arbetsförmåga på grund av skadan/sjukdomen	
	<input type="checkbox"/> jag har bytt arbete/arbetsuppgifter eller omplacerats på grund av skadan/sjukdomen	
	<input type="checkbox"/> jag deltar i utbildning eller omskolning på grund av skadan/sjukdomen	
	Vilken/vilka läkare har du anlitat och på vilka sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar har du fått vård till följd av skadan/sjukdomen?	
	Namn, läkare	Sjukhus, vårdcentral, vårdinrättning
		Telefon, även riktnummer
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

6. Ansöker du om ersättning för tandvård?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Behandlande tandläkare vid skadetillfället	Telefon, även riktnummer
	Nuvarande tandläkare	Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitton eller räkning		Vi kan pröva din ansökan först när vi har fått underlag som visar vad du vill ha ersättning för.

Kan bara beviljas dig som skadas vid grundläggande militär utbildning.

7. Ansöker du om ersättning för sjukvård inom Sverige?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Vilka läkare har du anlitat och på vilka sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar har du fått vård till följd av skadan/sjukdomen?	
	Namn, läkare	Sjukhus, vårdcentral, vårdinrättning
		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitton eller räkning		Vi kan pröva din ansökan först när vi har fått underlag som visar vad du vill ha ersättning för.

8. Ansöker du om ersättning för särskilda hjälpmedel?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Vilket eller vilka hjälpmedel gäller ansökan	
	Läkare, sjukgymnast, ergonom eller annan som föreskrivit att du behöver särskilda hjälpmedel	
	Namn	Befattning
		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitton eller räkning		Vi kan pröva din ansökan först när vi har fått underlag som visar vad du vill ha ersättning för.

9. Ansöker du om ersättning för sjukvård utomlands?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Vårdgivare utomlands	
	Adress	Land

10. Fyll i här om du vill anmäla nytt eller ändrat konto**Anmäl ditt konto till oss**

Det snabbaste och säkraste sättet att få utbetalningar från Försäkringskassan är att anmäla ett bankkonto där vi kan sätta in pengarna. Kontot måste vara ditt eget. Om du har e-legitimation (BankID) kan du anmäla ditt konto via Mina sidor. Om du saknar möjlighet att anmäla konto via Mina sidor kan du använda blanketten Anmälan om konto (5605).

11. Medgivande till Försäkringskassan

Försäkringskassan får hämta in patientjournaler och andra uppgifter om mig från privata hälso- och sjukvårdsinrättningar om det behövs för att utreda mitt ärende.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag vill att Försäkringskassan skickar kopior av beslut och beslutsunderlag till kammarkollegiet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

12. Övriga upplysningar

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
--	--

13. Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.		
Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.