



Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Bostadsadress		Postnummer och ort
Telefon hem, även riktnummer	Telefon arbete, även riktnummer	Mobiltelefon

2. Dina arbetsförhållanden

Arbetsgivarens/egna företags namn		Telefon, även riktnummer
Yrke/sysselsättning		<input type="checkbox"/> Eget företag
Har du en utländsk pension? <input type="checkbox"/> Ja	Från vilket land?	

3. Är du helt eller delvis arbetslös? Nej Ja. Fyll i nedan

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

4. Skada/sjukdom

Vilken skada eller sjukdom har orsakats av arbetet och medfört inkomstförlust eller kostnader för dig?	
När inträffade olyckan eller när konstaterades sjukdomen?	

5. Ansöker du om livränta? Ja. Fyll i nedan

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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Ansöker du om ersättning för tandvård? Ja. Fyll i nedan

Behandlande tandläkare vid skadetillfället	Telefon, även riktnummer
Nuvarande tandläkare	Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitton eller räkning	

7. Ansöker du om ersättning för särskilda hjälpmedel? Ja. Fyll i nedan

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	

8. Ansöker du om ersättning för sjukvård utomlands? Ja. Fyll i nedan

Vårdgivare utomlands	
Adress	Land

9. Kontouppgifter

<input type="checkbox"/> PlusGiro-konto	PlusGironummer	<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea. Kryssa här om kontonumret är samma som ditt personnummer.
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer

10. Avtalsförsäkring hos AFA

AFA-försäkringar använder beslut och beslutsunderlag från Försäkringskassan vid sin prövning. Vill du att vi skickar över kopior direkt till dem? Det underlättar och påskyndar deras prövning av din rätt till ersättning.

Jag vill att Försäkringskassan skickar kopior på beslut och beslutsunderlag till AFA-försäkringar

11. Övriga upplysningar

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

12. 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.

Ja Nej

13. Underskrift

Datum	Namnteckning

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".