



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
Yrke/sysselsättning		☐ Eget företag

3. Är du helt eller delvis arbetslös?

☐ Nej		
☐ Ja	Tillhör du en arbetslöshetskassa? ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan	
	Arbetslöshetskassans namn	Telefon

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?

☐ Nej		
☐ Ja	Jag ansöker om livränta från (år, månad) _____ därför att jag har en inkomstförlust som beror på att: ☐ jag har nedsatt arbetsförmåga på grund av skadan/sjukdomen ☐ jag har bytt arbete/arbetsuppgifter eller omplacerats på grund av skadan/sjukdomen ☐ 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?

☐ Nej		
☐ Ja	Behandlande tandläkare vid skadetillfället	Telefon
	Nuvarande tandläkare	Telefon
	☐ Jag bifogar kvitton eller räkning	Vi kan pröva din ansökan först när vi har fått underlag som visar vad du vill ha ersättning för.

7. Ansöker du om ersättning för sjukvård inom Sverige?

☐ Nej		
☐ 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
☐ 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?

☐ Nej		
☐ Ja	Vilket eller vilka hjälpmedel gäller ansökan	
	Läkare, sjukgymnast, ergonom eller annan som föreskrivit att du behöver särskilda hjälpmedel	
	Namn	Befattning
		Telefon
☐ 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?

☐ Nej		
☐ 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.

☐ Ja☐ Nej

Jag vill att Försäkringskassan skickar kopior av beslut och beslutsunderlag till kammarkollegiet.

☐ Ja☐ Nej**12. Övriga upplysningar**

	☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga
--	--

13. Underskrift

Kontrollera att du har fyllt i rätt uppgifter. Om du fyller i fel uppgifter eller inte meddelar om något ändras kan du bli tvungen att betala tillbaka pengarna och betala en sanktionsavgift.

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.

Datum

Namnteckning

Telefon

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