

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Vilken ersättning ansöker du om?

I den här blanketten kan du ansöka om två typer av ersättning från arbetsskadeförsäkringen:

- Arbetsskadesjukpenning för karensdagar (punkt 2)
- Ersättning för vårdkostnader om du bor utomlands men arbetar i Sverige (punkt 3)

 Finns som e-tjänst på Mina sidor**1. Du som ansöker**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Fyll i här om du ansöker om arbetsskadesjukpenning för karensdagar

Du kan ansöka om den här ersättningen om du har förlorat inkomst för fler än två karensdagar till följd av din arbetsskada.

Jag ansöker om arbetsskadesjukpenning från och med (ange datum)	
<input type="checkbox"/> Jag bifogar intyg på att jag haft fler än två karensdagar på grund av min arbetsskada.	Utän intyg kan Försäkringskassan inte bevilja din ansökan.

3. Fyll i här om du ansöker om ersättning för sjukvårdskostnader i Sverige

Du kan ansöka om den här ersättningen om du arbetar i Sverige men bor utomlands.

Jag har betalat hela vårdkostnaden för min arbetsskada vid följande tillfällen (ange datum)	
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitto eller räkning för ovanstående vårdtillfällen.	Utän kvitto eller räkning kan Försäkringskassan inte bevilja din ansökan.
Vilken skada eller sjukdom som du har fått vård för vid ovanstående tillfällen anser du är en arbetsskada?	

4. Kontouppgifter**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).

5. Övriga upplysningar

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

6. 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

7. 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.