

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**

Fyll i det konto som du vill ha alla dina utbetalningar från Försäkringskassan till. Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv. Om du vill att dina utbetalningar ska gå till en annan persons konto ska du i stället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person* (5606).

<input type="checkbox"/> Bankkonto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea där kontonumret är detsamma som ditt personnummer		

**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 försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.		Telefon dagtid, även riktnummer
		Telefon kvällstid, även riktnummer
Datum	Namnteckning	

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