

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 företagets 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 konto för utbetalning**

Om du inte har anmält något konto för alla utbetalningar från Försäkringskassan så kan du göra det på Mina sidor eller med blanketten *Anmälan om konto* (5605). 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 istället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person* (5606).

**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. |               |         |
| Datum  | Namn-teckning | Telefon |
|  |               |         |

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).