



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)

### 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.	Utan 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.	Utan 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 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).

**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](http://forsakringskassan.se).