



Närmare information på www.fpa.fi/sjuk



Fyll i blanketten noggrant och kontrollera att alla nödvändiga bilagor finns med.



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice (www.fpa.fi/ring-fpa).

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig.

Posta ansökan och bilagorna på adressen
Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

- i** Om du inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA och har flyttat till Finland, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r. Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

Om du får vård på ett offentligt sjukhus eller åldringshem kan du inte få ersättning för sjukvårdskostnader som uppkommit under den här tiden.

Ansök om ersättning för resekostnaderna i e-tjänsten MittFPA (www.fpa.fi/mittfpa) eller med blankett SV 4r (Ansökan – Reseersättning).

Ansök om ersättning för sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands med blankett SV 128r (Ansökan – Sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands).

Ansök om ersättning för läkemedelskostnader som uppkommit i Finland med blankett SV 178r (Ansökan – Läkemedelskostnader som uppkommit i Finland).

Ansökningstid: 6 månader från det att kostnaderna betalades.

1. Uppgifter om den sökande

- i** Person för vars kostnader ersättning söks.

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

- i** FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. Kontonummer

- i** Ange den befullmäktigades kontonummer under punkt 6. Om ditt bankkonto är utländskt ska du också ange BIC-koden.

3. Hur kostnaderna uppkom

Kostnaderna har föranletts av

trafikskada

olycksfall i arbetet

Försäkringsbolagets namn _____

- i** Fyll också i blankett SV 143r, Utredning om olycksfall.

4. Bilagor

- i** Om du behöver kopior av utredningarna ska du själv ta kopiorna innan du lämnar in ansökan till FPA eller arbetsplatskassan.

Till din ansökan ska du bifoga:

- utredningar om behandling som getts av läkare eller tandläkare.
- undersöknings- och behandlingsordinationer och utredningar över de behandlingar som utförts på basis av dem.

5. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Underskrift av sökanden, dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, en nära anhörig eller en annan person som primärt sköter sökandens angelägenheter samt namnförtydligande och telefonnummer

6. Fullmakt

Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda person eller arbetsgivare att lyfta min ersättning.

Den befullmäktigade personens namn och personbeteckning eller arbetsgivarens namn och FO-nummer

Den befullmäktigade personens eller arbetsgivarens adress

Postnummer

Postanstalt

Den befullmäktigades kontonummer

Arbetsgivarens ombuds namn och telefonnummer

Ort och datum

Underskrift av sökanden eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare samt namnförtydligande

