Potilasvakuutuskeskus

PATIENTFÖRSÄKRINGSANSÖKAN/FÖRSÄKRINGSBREV

			Försäkringsnummer **PI -**
FÖRSÄKRINGS-TAGARE	Företagets officiella namn eller yrkesutövarens namn (efternamn, förnamn)		FO-nummer/ personbeteckning
Adressuppgifter	Kontaktperson		Telefonnummer
	Gatuadress	Postnummer och adressort	Telefonnummer
Indrivningsadress, om annan än ovan	Gatuadress	Postnummer och adressort	

FÖRSÄKRINGS-UPPGIFTER	Försäkringens startdatum **PFC fyller i**	Försäkringsperiod = Kalenderår
Verksamhetskod (enligt tabellen) t.ex. 933110 933120 osv. **PFC fyller i**	Företagets verksamhetsklassificering (t.ex. sjukhus som bedriver operationsverksamhet, läkarstation som utför operationer osv.)	Lönesumma € …….
		Koefficient (hämtas i tabellen) **PFC fyller i**
		Försäkringspremie € …… **PFC fyller i**
933011 933030 osv. **PFC fyller i**	Yrkesbeteckning för professionell inom hälsovård (t.ex. läkare som utför operationer, munhygienist osv.)	Fast årlig försäkringspremie € …… **PFC fyller i**
Betalningssätt	I 1 post ☐ 2 poster ☐ 3 poster ☐ 4 poster ☐	
Ytterligare information		

FÖRSÄKRINGS GIVARE	**Patientförsäkringscentralen** Bulevarden 28, 00120 Helsingfors FO-nummer 0653261-4	Bolagskod **95**

UNDERSKRIFTER	Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift
	Ort och datum	Försäkringsgivarens underskrift
Patientförsäkrings-villkor	Försäkringstagaren har fått PFC:s försäkrings-villkor	

BILAGOR	Intyg över bolagets vägran/uppsägning	