Patient Försäkrings centralen

Fullmakt

Med denna fullmakt kan du befullmäktiga en annan person att sköta patientskadeärenden och återkalla en tidigare fullmakt.

Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att för min del sköta patientskadeärendet.

Detaljer av den befullmäktigade

Den befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

Skadebeteckning (ifall känd)

Utbetalning av ersättning

Ersättningarna som beviljas från patientförsäkringen betalas

☐ till den befullmäktigades konto

☐ till patientens eller annan ersättningssökandes konto

☐ till intressebevakarens konto (då den ersättningssökande är minderårig eller annars omyndig).

Bankkonto- och kontoinnehavareinformation

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)

Kontoinnehavarens namn

Att upphöra fullmakten

Fullmakten upphör att gälla när du skickar ett meddelande till Patientförsäkringscentralen.

☐ Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.

Den befullmäktigades namn

Datum och fullmaktsgivarens underskrift

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Personbeteckning

Töm formulär

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590

www.pvk.fi/sv