

## Fullmakt vid dödsfall

### Jag befullmäktigar

Befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

### att skota det patientskadeärendet som berör

Den avlidnes namn

**dödsbo samt att söka och lyfta ersättningar som betalas på grund av skadan.**

**Patientförsäkringscentralens skadebeteckning (ifall känd)**

### Ersättningarna som beviljas från patientförsäkringen betalas till kontot

Bankkonto (i IBAN-form, 18 tecken)

Kontoinnehavarens namn

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590, Fax 040 450 4694

[www.pvk.fi/sv](http://www.pvk.fi/sv)