

## Fullmakt vid dödsfall

### Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att sköta det patientskadeärendet som berör dödsbo samt att söka och lyfta ersättningar som betalas på grund av skadan.

### Detaljer av den befullmäktigade

Befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefonnummer (även riktnummer)

E-postadress

### Information av den avlidens

Den avlidens namn

### Patientförsäkringscentralens skadebeteckning (ifall känd)

## **Datum och fullmaktsgivarens underskrift**

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590

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