

Fullmakt vid dödsfall

Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att sköta det läkemedelsskadeärendet 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

E-postadress

Information av den avlidne

Den avlidnes namn

Läkemedelsskadeförsäkringspoolens skadebeteckning (ifall känd)

Ersättningarna som beviljas från läkemedelsskadeförsäkringen

Ersättningarna som beviljas från läkemedelsskadeförsäkringen betalas till nedan nämnda kontot.

Bankkontonummer (i IBAN-form, 18 tecken)

Kontoinnehavarens namn

Datum och fullmaktsgivarens underskrift

Plats och datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen

PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tfn 040 450 4640

www.lvp.fi/sv