



Blanketten ifylls och returneras först efter det att Finska Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget gett ett positivt ersättningsbeslut.

Skadebeteckning

Inkommen

DEN SOM ANVÄNT LÄKEMEDLET

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

POST- OCH BANKFÖRBINDELSE

Namn på den som söker ersättning för kostnaderna som orsakats av begravningen

Personbeteckning

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Telefon dagtid (även riktnummer)

Elektronisk post

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form)

Kontoinnehavare

Meddela namnet på den person som söker ersättning för kostnaderna som orsakats av begravningen (t.ex. efterlevande make eller maka, dödsboets förvaltare m.fl.) samt utdelningsadressen, till vilken ersättningsbeslut och eventuella förfrågningar skall skickas. Uppge även bankkontot till vilket ersättningarna skall betalas.

BEGRAVNINGSKOSTNADER och övriga kostnader i samband med begravning

Begravningskostnader	Euro
De närståendes resekostnader till begravningen	
Kläder som de närstående köpt för begravningen	
Övriga kostnader, vilka?	

Ange kostnaderna som orsakats av begravningen enligt kostnadsslag. Bifoga kostnadsverifikat. Om dessa inte finns att tillgå, bifoga annan tillförlitlig utredning över kostnadernas storlek. Ange hur rese- och klädkostnaderna uppkommit för respektive person under punkten Tilläggsuppgifter eller på en skild bilaga.

ANDRA FÖRSÄKRINGSANSTALTER SOM HAR ERSATT BEGRAVNINGSKOSTNADER

Annan försäkringsanstalt eller arbetsplatskassa från vilken ersättning söktes eller som har betalat ersättning för begravningskostnaderna (även utrikes)

Meddela ifall det har sökts eller betalats ersättning eller bibrad på grund av begravningskostnaderna från någon annan försäkring eller arbetsplatskassa. Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut.

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga och att de kostnader eller förluster som denna ansökan om ersättning gäller, inte har sökts eller erhållits ersättning från annat håll än vad i blanketten och i dess bilagor uppgivits.

Ersättningssökandens underskrift och namnförtydligande.

Plats _____ Datum _____ / _____ 20 _____

Ersättningssökandens underskrift och namnförtydligande



Blanketten ifylls och returneras först efter det att Finska Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget gett ett positivt ersättningsbeslut.

Skadebeteckning

Inkommen

FÖRMÄNSLÄTARE

Förmånslätarens efternamn och förnamn

Personbeteckning

Den sista arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

PERSON SOM SÖKER FAMILJEPENSION

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Telefon dagtid (även rikstnummer)

Elektronisk post

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form)

Kontoinnehavare

Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

BARN SOM SÖKER FAMILJEPENSION

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Telefon dagtid (även rikstnummer)

Elektronisk post

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form)

Kontoinnehavare

Ifall det finns fler barn som söker familjepension, uppgi på bilaga motsvarande uppgifter för de övriga.

ANDRA FÖRSÄKRINGSANSTALTER SOM BETALAR FAMILJEPENSION

Annan försäkringsanstalt från vilken sökts eller som betalar familjepension eller motsvarande ersättning (även utrikes)

Meddela ifall det har sökts eller betalas familjepension eller motsvarande ersättning på grund av dödsfallet från lagstadgad försäkring (FPA, arbetspensionsbolag eller pensionsstiftelser, trafikförsäkringsbolag, olycksfallsförsäkringsbolag m.fl.). Bifoga kopior av givna ersättningsbeslut.

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit på denna blankett och i dess bilagor är riktiga och för de kostnader eller förluster som denna ansökan om ersättning gäller, inte har sökts eller erhållits ersättning från annat håll än vad i blanketten och i dess bilagor uppgivits.

Jag ger mitt samtycke till att skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionskyddcentralen och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Finska Ömsesidiga Läkemedelsskadeförsäkringsbolaget de uppgifter, handlingar och avgöranden beträffande hälsotillståndet hos den som använt läkemedlet och beträffande de ersättningar, pensioner och löner den som använt läkemedlet eller annan ersättningsökande erhållit och vilka behövs för utredning och ersättningshandläggning av detta skadeärende.

Plats _____ Datum ____/____/20____

Underskrift och namnförtydligande: _____

