

Till
Kommunassurans Syd
Försäkrings AB
Göran Olsgatan 1
211 22 Malmö

Datum

Kommunassurans behandlar personuppgifter i enlighet med GDPR

Skadeanmälan jämte eventuella bilagor kan
ävenskickas via e-post till skador@ksfab.se
(tänk dock på integriteten)

Skadeanmälan gällande patientskada

Anmärkning: Denna blankett kan användas av den som drabbats av en patientskada, eller dennes ombud med skriftlig fullmakt (fullmakten måste bifogas). Skadeanmälan kan ske direkt till Kommunassurans Syd Försäkrings AB avseende de kommuner där patientskadeförsäkring finns tecknad hos försäkringsbolaget.

1. Personuppgifter avseende dig som har drabbats av patientskada

Namn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress		Skyldighet att redovisa moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Postnummer	Ort	Telefon
E-post		Mobil

2. Berörd vårdgivare

Berörd kommun:
Berörd förvaltning:
Berörd vårdinrättning, omsorgsenhet etc.

3. Uppgifter om patientskadan

Anmärkning: Vänligen beskriv här skadan, vad som har hänt och hur skadan har uppstått. Det går även bra att skriva ett separat brev, men ange då nedan att uppgifterna lämnas i separat.

Vilket datum inträffade skadan?	Vilket klockslag?
Var inträffade skadan?	
Beskrivning av skadan (Det går bra att fortsätta på separat papper.)	

Beskriv av vad som har hänt och hur skadan uppstod (Det går bra att fortsätta på separat papper.)

4. Bilagor

Anmärkning: Bifoga all relevant dokumentation, exv. bilder och utredningar. Vänligen ange nedan vilka bilagor som bifogas tillskadeanmälan.

Handling	Bilaga nr

5. Övrig information

Eventuell kompletterande information ((Det går bra att fortsätta på separat papper.)

6. Underskrift av dig som drabbats av patientskada eller av ombud enligt bifogad fullmakt

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas		
Datum	Underskrift	Namnförtydligande