SKADEANMÄLAN

Patientförsäkringsföreningen (PFF)

Skadenummer (fylls i av PFF)

Läs mer om PFF på www.pff.se.

1. Personuppgifter

Förnamn, Efternamn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefon (även riktnummer)	E-postadress

2. Vårdinrättning

Namnet på vårdgivaren (ex. vis. läkaren, tandläkaren) och vårdinrättning där skadan inträffade:	
Vårdinrättningens postadress	Postnummer och ort
Har du behandlats på grund av den anmälda skadan vid någon annan inrättning? ◯ Nej ◯ Ja, var och när?	**När inträffade skadan? (år/mån/dag)**

3. Försäkringsfrågor

När skadan inträffade fick jag vård på grund av:
◯ Trafikolycka Arbetsskada Annan orsak, ange vilken

Har anmälan gjorts för arbetsskada (t.ex. AFA Försäkring)	◯ Nej ◯ Ja
Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag?	◯ Nej ◯ Ja, bolag:
Har anmälan gjorts till olycksfallsförsäkring för fritidsskada?	◯ Nej ◯ Ja, bolag:
Har anmälan gjorts till annan försäkring, till exempel läkemedelsförsäkring?	◯ Nej ◯ Ja, bolag:

4. Beskriv kortfattat skadan du anmäler och hur den uppstod

Fortsatt beskrivning av skadan kan ske på baksidan/separat bilaga

5. Information om personuppgiftsbehandling

För att kunna hantera och reglera den anmälda skadan samt för att uppfylla våra rättsliga skyldigheter behöver PFF registrera, behandla och spara dina personuppgifter. Personuppgifter som finns i ärendet kan komma att behandlas i handläggningen av ärenden om patientförsäkringsavgift och återkrav av utgiven patientskadeersättning. All information behandlas konfidentiellt och uppgifterna sparas inte längre än nödvändigt. Vid behov kan även t.ex. ombud, medicinska rådgivare, våra tjänsteleverantörer, vårdgivare, försäkringsföretag och. olika myndigheter komma att ta del av uppgifterna. All behandling av personuppgifter sker i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Personuppgiftsansvarig är Patientförsäkringsföreningen (PFF), organisationsnummer 802402-7404. Besök vår hemsida www.pff.se för mer detaljerad information om PFFs hantering av personuppgifter.

6. Underskrift genom vilken det intygas att i anmälan lämnade uppgifter är korrekta

Ort och datum	Den skadades/vårdnadshavarens namnteckning
Ombud/god man/förvaltares namnteckning, om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)	

Skadeanmälan skickas till: **Patientförsäkringsföreningen, Box 24127, 104 51 Stockholm**