



Ärende nr:	
Datum:	

Ansökan om ersättning vid förlust av tillhörigheter

Ansökan avser när vårdpersonalen upptäcker en förlust av patientens tillhörigheter

Ifylls av patienten

1. Uppgifter om sökande

Efter-och förnamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	Alt telefon	
Sökande är: patient <input type="checkbox"/> närstående/besökare <input type="checkbox"/> annat <input type="checkbox"/>		
Ansökan gäller avlidens tillhörigheter: <input type="checkbox"/> Patientens personnummer:		
Vårdtid	Aktuella vårdavdelningar (sjukhus, avdelning)	

2. Uppgifter om förlust

Vad försvann	Avdelning/motsvarande	När (datum)
Förlusten skedde på: <input type="checkbox"/> avdelningen <input type="checkbox"/> rummet <input type="checkbox"/> annat		
Värde SEK	Inköpt år	Ytterligare upplysningar kan lämnas av
Beskrivning av händelsen (beskriv händelseförloppet så noga som möjligt)		





3. Uppgifter om konton vid eventuell utbetalning

Kontoinnehavarens namn		
Kontoinnehavarens personnummer	(ÅÅÅÅMMDD-XXXX)	
Bank		
Clearingnummer		
Kontonummer		
Försäkringsbolag*		Telefon

*Om de förlorade tillhörigheterna tillhör en avliden person ska dennes försäkringsbolag uppges eftersom det är där anmälan ska ske.

Härmed undertecknas att ovanstående information är korrekt och sanningsenlig.

_____ den _____
Undertecknas av sökande

Namnförtydligande

Ansökan skickas till Servicecenter för handläggning:

Danderyds Sjukhus AB

Servicecenter, hus 50 pl 3
182 88 Stockholm





Beträffande era förlorade tillhörigheter

Danderyd 2019-07-11

Vi beklagar det inträffade gällande förlorad egendom.

Inställningen hos Danderyds Sjukhus AB är att endast lämna ersättning för sådana skador för vilka vi, vid en juridisk prövning, skulle anses vara skadeståndsskyldiga. Den ersättning vi lämnar motsvarar den självrisk som framgår av ert försäkringsbolag.

För att kunna göra en bedömning om sjukhusets personal är ansvarig för era förlorade tillhörigheter behöver vi vissa uppgifter.

Var vänlig och bifoga följande dokument:

- **Polisanmälan:** gör en polisanmälan och bifoga kvitto på polisanmälan
- **Försäkringsbolag:** kopia på anmälan till försäkringsbolag, försäkringsbrev för hemförsäkring där det framgår vad självrisken är, samt där det specificeras vad som ingår i försäkringen.
- **Kvitto:** originalkvitto, beställningskvitto, kassakvitto eller värderingsintyg.
- **Blankett:** "Ansökan om ersättning vid förlust av tillhörigheter" ifylld och undertecknad. OBS, fyll i båda sidor.

Vänligen sänd handlingarna till:

Danderyds Sjukhus AB
Servicecenter, hus 50 pl. 3
182 88 Stockholm

Så snart vi tagit emot dessa handlingar gör vi en bedömning av ärendet.

Med vänliga hälsningar

Servicecenter, Danderyds sjukhus

08 - 123 559 99

