

FULLMAKT OCH SAMTYCKE

Fullmakt för och samtycke till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF), organisationsnummer 516406-0401, att hos läkare och övrig sjukvårdspersonal, sjukvårds- och tandvårdinrättningar, Försäkringskassan eller andra myndigheter, försäkringsbolag, arbetsgivare eller annan berörd person, inhämta och behandla de hälsouppgifter och andra upplysningar som behövs för bedömning av mitt ersättningskrav enligt Läkemedelsförsäkringen.

Till myndigheter räknas bland andra Skatteverket från vilken underlag i form av till exempel kontrolluppgifter, taxeringsbesked och deklARATIONER kan behöva inhämtas.

Fullmakten ger Svenska Läkemedelsförsäkringen AB samma rätt som jag själv som enskild person har, att ta del av och behandla all information i sjukjournaler, läkarintyg och liknande registerhandlingar från sjuk- och hälsovård, liksom rätt att ta del av information från Försäkringskassan avseende mina sjuk- och sjukskrivningsförhållanden. Fullmakten innefattar motsvarande rätt att ta del av uppgifter av ekonomisk natur från arbetsgivare, Skatteverk och andra berörda offentliga eller enskilda personer, fysiska eller juridiska, behövliga för handläggningen av mitt ersättningsanspråk.

Genom samtycket hävs sekretessen gentemot försäkringsbolaget i enlighet med 12 kap 2§ Offentlighets- och sekretesslagen. Jag är införstådd med att Svenska Läkemedelsförsäkringen AB för sin utredning kan behöva lämna ut journalhandlingar eller andra handlingar innehållande hälsouppgifter till medicinsk rådgivare eller annan tredje part och att sådan tredje part kan komma att bearbeta handlingarna.

Dina personuppgifter hanteras med stöd av artikel 6 1 b) Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679, d.v.s. avtalsgrunden. Du lämnar också särskilt samtycke till behandling av dina uppgifter enligt artikel 9 2. a) samma förordning. Personuppgifterna kommer att registreras, sparas och behandlas för att Svenska Läkemedelsförsäkringen AB skall kunna handlägga skadan. Jag är

införstådd med att tredje man såsom, men inte begränsat till, medicinsk rådgivare, kan komma att behandla mina personuppgifter. Till personuppgifter hänförs såväl sådana uppgifter som du själv har lämnat som sådana uppgifter som har inhämtats eller erhållits från andra källor, såsom sjukvårdsinstanser, arbetsgivare, Försäkringskassan och Skatteverket. Jag är också införstådd med att avidentifierade personuppgifter kan komma att skickas till relevant läkemedelsbolag.

Vi sparar bara dina uppgifter under den period som de är nödvändiga för oss för hanteringen av ditt skadeärende. Lagringstiden är beräknad med hänsyn till gällande preskriptionstider och din rätt att begära omprövning i ersättningsfrågan. Detta betyder att lagringstiden för ärenden där ersättning beviljas som längst är 60 år, om inte uppgifterna behövs under längre tid för reglering av din ersättning. Lagringstiden för ärenden där ersättning inte beviljas är som längst 11 år. Efter att lagringstiden har gått ut kommer dina uppgifter att raderas permanent.

Fullmakten och samtycket gäller från utfärdandet och under hela skaderegleringen om den inte återkallas skriftligen. Fullmakten kan när som helst återkallas av undertecknad som då kontaktar Svenska Läkemedelsförsäkringen AB. Om den som anmälan gäller står under godmanskap eller förvaltarskap, var god kontakta Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, om så ej redan har gjorts vid skadeanmälan.

INFORMATION OM DATASKYDDSFÖRORDNINGEN (EU) 2016/679

Om du önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns, eller vill begära rättelse av felaktig uppgift, skall du meddela detta till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm. Ansökan skall vara egenhändigt undertecknad och innehålla uppgift om försäkrings- eller personnummer. Du har även rätt att få ut dina personuppgifter i form av en datafil. Personuppgiftsansvarig för behandlingen är Svenska Läkemedelsförsäkringen AB.

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande
Personnummer (åååå-mm-dd-nnnn)	
Ombuds namnteckning, om sådan finns (fullmakt alternativt tingsrättens beslut bifogas)	