

## FULLMAKT OCH SAMTYCKE

Fullmakt för och samtycke till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, organisationsnummer 516406-0401, att hos läkare och övrig sjukvårdspersonal, sjukvårds- och tandvårdsinrättningar, 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 och behandla handlingarna.

Genom undertecknandet av denna blankett samtycker jag till att mina personuppgifter kommer att registreras,

sparas och behandlas för att Svenska Läkemedelsförsäkringen AB skall kunna handlägga skadan. Jag är införstådd med att tredje män såsom, men inte begränsat till, medicinsk rådgivare, kan komma att behandla mina personuppgifter. Med personuppgifter menas dels sådana uppgifter som du själv har lämnat men också sådana uppgifter som har inhämtats eller erhållits från andra källor, såsom sjukvårdsinstanser, arbetsgivare, Försäkringskassan och Skatteverket. Jag är också införstådd med att av-identifierade personuppgifter kan komma att skickas till relevant läkemedelsbolag.

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 PERSONUPPGIFTLAGEN (PUL)

Om du önskar upplysning om vilka personuppgifter som finns, eller vill begära rättelse av felaktig uppgift, skall du skriftligen meddela detta till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, Box 17608, 118 92 Stockholm. Ansökan skall vara egenhändigt undertecknad och innehålla uppgift om försäkrings- eller personnummer. Särskilt av Datainspektionen registrerade Personuppgiftsombud finns utsedda vilka har till uppgift att tillse att SLF följer gällande regelverk om hantering av personuppgifter. 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)	