

# FULLMAKT FÖR ATT HANDLÄGGA SKADEANMÄLAN

Undertecknad ger härmed Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF), organisationsnummer 516406-0401, fullmakt att hos läkare eller annan vårdpersonal, sjukhus, tandvård- eller annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning, landstingsarkiv, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut, min arbetsgivare, Skatteverket, annan myndighet eller annan berörd person inhämta de upplysningar, journaler, hälsouppgifter, sjukskrivningsförhållanden, registerhandlingar, intyg, kontrolluppgifter, taxeringsbesked, inkomstdeklarationer m.m., som SLF anser sig behöva för bedömning av mitt ersättningskrav enligt min skadeanmälan till bolaget. Genom denna fullmakt hävs sålunda sekretessen gentemot SLF i enlighet med 12 kap 2§ Offentlighets- och sekretesslagen. Fullmakten ger även SLF rätt att, vid regleringen av min skadeanmälan till bolaget, delge medicinsk rådgivare eller annan tredje part de uppgifter SLF erhåller genom denna fullmakt och bolagets riskbedömning.

Denna fullmakt gäller endast för att handlägga skadeanmälan. Fullmakten gäller från utfärdandet och under hela skaderegleringen om den inte återkallas skriftligen. Fullmakten kan när som helst återkallas genom kontakt med SLF och innebär då att skaderegleringen eventuellt inte kan fullföljas. Om den som lämnar denna fullmakt står under godmanskap eller förvaltarskap, vänligen kontakta SLF, om så inte redan har gjorts vid skadeanmälan.

## BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER

Vi behandlar personuppgifter bl.a. i syfte att utreda, reglera och administrera skadeärenden. För detta syfte inhämtar vi normalt känsliga personuppgifter om dig. Vid behandling av dina personuppgifter i samband med din skadeanmälan stödjer vi oss därför på den rättsliga grunden: Fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk. För mer information om vår behandling av personuppgifter, vänligen läs SLF:s Dataskyddspolicy som finns på [www.lakemedelsforsakringen.se](http://www.lakemedelsforsakringen.se) eller kontakta SLF.

Ort	Datum
Underskrift av fullmaktsgivaren	Namnförtydligande
Personnummer (åååå-mm-dd-nnnn)	Underskrift ombud om sådant finns

(fullmakt alternativt tingsrättens beslut bifogas)

rek.lam@lff.se