

Fullmakt för begäran av uppgifter om hälsotillstånd

Försäkrad	Försäkrads namn	
	Personbeteckning	
	Telefonnummer	
	Gatuadress	
	Postnummer och ort	
Underskrift	Jag ger mitt samtycke till att de läkare, sjukhus, vårdcentraler, rådgivningsbyråer, enheter inom företagshälsovården, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar som undersökt och vårdat mig samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter ger försäkringsbolaget sådana uppgifter om mitt hälsotillstånd som är nödvändiga för handläggning av ett ersättningsärende. För att skaffa nödvändiga uppgifter får försäkringsbolaget överlämna specificerade uppgifter om mitt hälsotillstånd och min försäkring till ovannämnda parter.	
	Ort och datum	
	Den försäkrades, vårdnadshavarens eller intressebevakares underskrift.	