

Genom att underteckna anmälan samtycker du till följande behandling av dina eller ditt barns personuppgifter: [redacted] kommer att registrera dina personuppgifter i sitt datasystem och utföra sådan hantering av uppgifterna som är nödvändig för att handlägga och administrera ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Uppgifter kan lämnas till försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR). [redacted] kommer även att utföra sådan hantering av dina personuppgifter som är nödvändig för att sammanställa statistik och att utvärdera och förbättra försäkringsprodukterna. Personuppgifter kan göras tillgängliga för de personer som behöver dem för att kunna utföra sina arbetsuppgifter för [redacted] räkning. Detta omfattar även [redacted] medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för [redacted] anlitat. [redacted] räkning och de återförsäkringsbolag som [redacted] anlitat.

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga. Fullmakten omfattar skadereglering. Syftet med fullmakten är att [redacted] ska kunna handlägga och administrera skadeanmälan samt bedöma skadefall genom att inhämta de handlingar som [redacted] anser vara nödvändiga för utredningen. Fullmakten innebär att vårdgivare m.fl. får lämna ut handlingar till [redacted], dess samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som [redacted] anlitat. Med min underskrift ger jag fullmakt till [redacted] eller dess återförsäkrare att inhämta sådana uppgifter, registerutdrag och handlingar (inklusive patientjournaler, röntgenundersökningar och provsvar) från sjukhus, vårdcentral, vårdinrättning, läkare och annan vårdpersonal såsom psykiatriker, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, naprapat, sjukgymnast, kiropraktor, arbetsterapeut och kurator samt från försäkringskassan, annan försäkringsinstans, landstingsarkiv, min arbetsgivare och skatteverket (inklusive kontrolluppgift och inkomstdeklarationer) som [redacted] anser sig behöva för ersättningsanspråk. Jag medger att ovan nämnda personer får lämna uppgifter till [redacted] samarbetspartners. Jag medger också att [redacted] får vidarebefordra informationen till de samarbetspartners, medicinska rådgivare och återförsäkringsbolag som [redacted] anlitat. Fullmakten gäller tills den återkallas eller tills ärendet är slutreglerat. Fullmakten gäller även vid skadereglering som sker efter dödsfall. I det fall fullmakten återkallas innan ärendet slutreglerats kan det att medföra att ersättningsanspråk inte kan utredas och att sökt försäkringsersättning jämkas eller uteblir.

De personuppgifter som [redacted] inhämtar och behandlar med stöd av denna fullmakt kommer att behandlas i [redacted] försäkringsregister och hanteras för att handlägga ditt ersättningsanspråk och din försäkring. Ändamålet med behandlingen framgår av försäkringsvillkoren. Om anmälan avser omyndigt barn, vänligen ange barnets namn och personnummer.

[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]