



# KAMMARKOLLEGIET

## Fullmakt

Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning samt arbetsgivare får lämna upplysningar, journaler, intyg som Kammarkollegiet anser sig behöva för att handlägga mitt försäkringsärende.

Fullmakten omfattar även rätt att hos Arbetsförmedlingen, eHälsomyndigheten och andra myndigheter inhämta nödvändiga uppgifter för bedömning av min rätt till ersättning, samt att hos Skatteverket inhämta kontrolluppgifter och kopia av deklARATIONER med samtliga bilagor.

Fullmakten gäller tills den återkallas eller tills prövningen av ansökan är avslutad.

Skadedatum	Skadenummer
Ort och datum	Personnummer
Underskrift	Namnförtydligande

Fullmakten sänds i original till Kammarkollegiet, Försäkringsavdelningen, 651 80 Karlstad