

## Fullmakt

Skadedatum: \_\_\_\_\_

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 till den återkallas eller till prövningen av ansökan är avslutad.

\_\_\_\_\_  
*Ort och datum*

\_\_\_\_\_  
*Underskrift*

\_\_\_\_\_  
*Namnförtydligande*

\_\_\_\_\_  
*Personnummer*

### FULLMAKTEN SÄNDS TILL

Kammarkollegiet, Försäkringsavdelningen, 651 80 Karlstad

Skadenummer: \_\_\_\_\_