



En patientförsäkring
för alla

FULLMAKT OMBUD

Jag ger _____ (ombudets för- och efternamn)

rätten att som mitt ombud företräda mig hos Lof regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Lof), organisationsnummer 516401-8557. Fullmakten ger ombudet rätt att sköta alla kontakter med Lof och utföra de åtgärder som är nödvändiga gällande min anmälan om patientskada.

Fullmakten omfattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar.

Fyll gärna i pdf-blanketten på datorn innan utskrift, eller texta tydligt.

Den skadade

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer

Ombudet

För- och efternamn	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress, postnummer och ort	
E-postadress	

Fullmakten skickas till:
Löfs inläsningscentral, Box 334, 151 24 Södertälje

Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: www.lof.se