



En patientförsäkring
för alla

FULLMAKT OMBUD

Jag ger _____ (ombudets för- och efternamn)

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

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

Den skadade

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer

Ombudet

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

Fullmakten skickas till:

Löf, Box 17830, 118 94 Stockholm

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