



En patientförsäkring  
för alla

# FULLMAKT FÖR DÖDSBO

Dödsboet efter \_\_\_\_\_ (den avlidne)

med personnummer \_\_\_\_\_

ger \_\_\_\_\_ (ombudets för- och efternamn)

rätten att som mitt ombud företräda dödsboet 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 dödsboets/den avlidnes 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.

## Ombudet

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

## Dödsbodelägare

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

## Dödsbodelägare

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

## Dödsbodelägare

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

Fullmakten skickas till:

Löf, Box 17830, 118 94 Stockholm

Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: [www.lof.se](http://www.lof.se)

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	

**Dödsbodelägare**

Underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	