

## Ombudsfullmakt

Mitt namn	Personnummer
Orsak till att jag har sökt vård	

Mitt ombud	Ombudets personnummer
Ombudets adress	Ombudets telefonnummer

Jag ger mitt ombud tillåtelse att ta del av uppgifter och bevaka min rätt i Trygg-Hansas handläggning av detta ärende. Ombudet får också ta emot handlingar i mitt ställe.

Denna fullmakt gäller från datumet här nedan och under hela handläggningen, till dess att ärendet har avslutats eller till dess att jag återkallar fullmakten.

Jag kan när som helst återkalla fullmakten genom att ta kontakt med Trygg-Hansa. Trygg-Hansa kan informera mig om eventuella konsekvenser av återkallandet.

### Underskrift

Datum	Ort
Namnteckning (om den försäkrade är <b>under 18 år</b> ska målsman skriva under)	
Namnförtydligande	

Information till den försäkrade  
Fyll i, underteckna och skicka fullmakten till:

Trygg-Hansa Vårdplanering  
c/o GHP Vård & Hälsa  
Sundbybergsvägen 9  
171 73 Solna

E-post: [info@ghpvardochhalsa.se](mailto:info@ghpvardochhalsa.se)  
Fax: 08-42 500 345

Så hanterar vi dina personuppgifter (PuL)  
Alla uppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PuL).  
Se försäkringsvillkoren eller [trygghansa.se/pul](http://trygghansa.se/pul) för mer information.

Tänk på att inte skicka känslig information via e-post eller fax