

## FULLMAKT

### Sökande

Namn (för- och efternamn)		Personnummer
Adress	Postnr	Postort

### Ombud

Namn (för- och efternamn)		Personnummer
Adress	Postnr	Postort
E-postadress		Telefonnummer

Jag ger ombudet rätt att företräda mig inför Personförsäkringsnämnden och ta del av samtliga handlingar i ärendet, inklusive sjukvårdsjournaler och annat medicinskt material.

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

### Underskrift av sökande

---

Namnförtydligande

---

Datum

Ort

---

---

Fyll i, underteckna och skicka fullmakten till:  
Personförsäkringsnämnden  
Box 24067, 104 50 Stockholm

#### Information om behandling av personuppgifter

Svensk Försäkrings Nämnder (kansliet), som är en del av Svensk Försäkring Administration AB (SFAB), administrerar Personförsäkringsnämnden. Kansliet behandlar personuppgifter i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning. Reglerna är till för att skydda dig och dina uppgifter. Mer information om hur dina personuppgifter behandlas hittar du på [www.forsakringsnamnder.se](http://www.forsakringsnamnder.se).