|  |
| --- |
| **PersonskadekommitténCirkulär 1/2025**(ersätter cirkulär 5/2018) |
|  |
|  |

**Rekommendation för fullmakt vid personskadereglering på skadeståndsrättslig grund**

# Skadenummer

# FULLMAKT

**Fullmakten avser:** *N.N.* **Personnummer:**

Jag lämnar genom denna fullmakt mitt samtycke till att (*försäkringsbolagets namn*) får beställa och ta del av de uppgifter som behövs i skaderegleringen, för att bedöma min rätt till ersättning.

**Med fullmakt kan** (*försäkringsbolagets namn*) **beställa uppgifter från:**

* Arbetsförmedlingen
* Arbetsgivare
* E-Hälsomyndigheten (Läkemedelskollen etc.)
* Försäkringsbolag
* Försäkringskassan (daganteckningar, sjukfall, bostadstillägg etc.)
* Kommunal verksamhet (exempelvis hemtjänst, anpassning, försörjningsstöd etc.)
* Kriminalvården, inkluderande frivård och övervakningsnämnd (personutredningar, provsvar, samhällstjänstgöring etc.)
* Migrationsverket (uppehållstillstånd, arbetstillstånd etc.)
* Pensionsmyndigheten (pensionsutbetalningar, bostadstillägg etc.)
* Sjukvårdsinrättningar (journaler, läkarintyg etc.)
* Skatteverket (kontroll- och taxeringsuppgifter, deklarationer etc.)
* Transportstyrelsen (STRADA-rapporter, körkort etc.)

Uppgifterna kan gälla tid såväl före som efter skadetidpunkten. Fullmakten gäller från undertecknandet och under den tid som skaderegleringen pågår. Fullmakten kan när som helst återkallas genom att jag kontaktar (*försäkringsbolagets namn*). Information om eventuella konsekvenser av att fullmakten återkallas lämnas av (*försäkringsbolagets namn*). Fullmakten upphör att gälla när försäkringsbolaget tagit slutlig ställning i ärendet, såvida inte fullmakten dessförinnan återkallats av fullmaktsgivaren.

Fullmakten ger (*försäkringsbolagets namn*) rätt att delta i Försäkringskassans rehabiliteringsarbete, om det blir aktuellt.

Fullmakten ger även (*försäkringsbolagets namn*) rätt att låta medicinska rådgivare, återförsäkringsbolag och vållande parts försäkringsbolag få ta del av handlingarna.

(*försäkringsbolagets namn*) kommer att delge mig vilket material som inhämtats.

**Jag medger att ovan nämnda handlingar får lämnas till** (*försäkringsbolagets namn*).

**Datum**

**Namnteckning/** **Skadad Vårdnadshavare Företrädare för
Underskrift dödsbo enligt
(i egenskap av) fullmakt**

**Underskrift**

**Namnförtydligande**

 (Försäkringsbolagets namn) (Försäkringsbolagets organisationsnummer)