

Handläggare:  
Kundstöd, 08 55 10 10 00  
info@lof.se

## FULLMAKT OMBUD

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

att som ombud företräda ----- (barnets namn och personnummer) hos Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, organisationsnummer 516401-8557. Fullmakten ger ombudet rätt att sköta alla kontakter med Löf och utföra de åtgärder som är nödvändiga gällande dennes anmälan om skada.

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



### Ombudet

För- och efternamn (vänligen texta)	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress, postnummer och ort	
E-post	

### Vårdnadshavare 1

Underskrift	Telefon (även riktnummer)
Namnförtydligande (vänligen texta)	
E-post	

### Vårdnadshavare 2

Underskrift	Telefon (även riktnummer)
Namnförtydligande (vänligen texta)	
E-post	