

# Rättighetsbegäran enligt dataskyddsförordningen

**skandia:**

**Blanketten skickas till:**  
Skandia  
Dokumenthantering, R809  
106 37 Stockholm  
Telefon: 0771-55 55 00

## 1. Person som begäran avser

Namn		Personnummer	
Adress		Telefon	
Postnummer och ort	Mejladress		

## 2. Rätt till tillgång (registerutdrag)

Om du vill begränsa din begäran till en specifik information kryssa i rutan nedan eller beskriv vad du efterfrågar i fritextrutan \*.

- Aktiva avtal/produkter, uppge gärna avtals-, försäkringsnummer samt typ av information
- Avslutade avtal/produkter, uppge gärna avtals-, försäkringsnummer samt typ av information
- Hälsodeklaration
- Skadeärende, specificera gärna skadeärendenummer i fritextrutan
- Transaktionsutdrag bank
- Kredithandläggningsärende bank
- Klagomålsärende, specificera gärna referensnummer i fritextrutan
- Övrigt, beskriv önskad information i fritextrutan:

*\*När det är fråga om känsliga personuppgifter som Skandia med stöd av till exempel fullmakt inhämtat från annan än den registrerade, exempelvis uppgifter som förekommer i journaler, läkarintyg och läkarutlåtande, är det inte självklart att dessa uppgifter ska ingå i registerutdraget. Skandia kan inte, på grund av begränsad insikt i hälsotillståndet hos den registrerade eller brist på den typ av medicinska kvalifikationer som krävs, pröva frågan om sekretess i förhållande till den registrerade. Istället kan Skandia redovisa handlingar som inhämtats och hänvisa den registrerade till den vårdgivare som upprättat handlingarna så att denne kan göra sekretessbedömningen.*



92510:1

92510:1

SID 1 (2)

Signatur

### 3. Övriga rättigheter

Kryssa i rutan nedan vad din begäran gäller för typ av rättighet eller beskriv vad du efterfrågar i fritextrutan.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rätten till rättelse    | <input type="checkbox"/> Rätten till radering (rätten att bli glömd)  | <input type="checkbox"/> Rätten till dataportabilitet |
| <input type="checkbox"/> Rätten att invändning   | <input type="checkbox"/> Invändning mot automatiserat beslutsfattande | <input type="checkbox"/> Rätten till begränsning      |
| <input type="checkbox"/> Rätten till information |   |   |

### 4. Roll

Jag vill begära en rättighet i rollen som:

- |                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kund | <input type="checkbox"/> Leverantör/konsult | <input type="checkbox"/> Anställd/före detta anställd |
|-------------------------------|---|---|

### 5. Bolag (personuppgiftsansvarig)

Om du vill begränsa din begäran till ett bolag kan du välja det här.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt | <input type="checkbox"/> Skandiabanken AB (publ)          | <input type="checkbox"/> Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) |
| <input type="checkbox"/> Skandia Fonder AB                         | <input type="checkbox"/> Skandia Investment Management AB |   |

### 6. Underskrift

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) 2   0       -       -	Namnteckning (kontohavaren)	Namnförtydligande
---	-----------------------------	-------------------

Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 516406-0948

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 502017-3083

Skandiabanken AB (publ)  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 516401-9738

Skandia Fonder AB  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 556317-2310

Skandia Investment Management AB  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 556606-6832

92510:1

SID 2 (2)

Signatur