

## Skadeanmeldelse for tandskade

Forsikringsselskab:

Policenr.:

### Skadelidte

Stilling:

\_\_\_\_\_

Navn:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Postnr.:

By:

\_\_\_\_\_

Telefonnr. dag:

CPR-nr.:

\_\_\_\_\_

Bank reg. nr og konto nr.:

Forsikringssum v. invaliditet:

\_\_\_\_\_

### Forsikringstager - Forsikringstageren er den person/det firma, i hvis navn forsikringen er tegnet

Navn:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Postnr.:

By:

\_\_\_\_\_

Telefonnr.:

\_\_\_\_\_

### Andre forsikringer - Ansvarsforsikring, arbejdsskadeforsikring, ulykkesforsikring (f.eks. via fagforbund)?

Er ulykken anmeldt til andre forsikringsselskaber?

Ja

Nej

Hvis ja, hvilke?

Selskab:

Policenr.:

\_\_\_\_\_

Selskab:

Policenr.:

\_\_\_\_\_

Er du medlem af Sygeforsikringen danmark?

Ja

Nej

Hvilken gruppe (1, 2, 5, 8) ? \_\_\_\_\_

### Ulykken

Hvornår skete ulykken?

Dato og klokkeslæt:

\_\_\_\_\_

Hvor skete ulykken?

På arbejdspladsen

Ja

Nej

I fritiden

Ja

Nej

Under lønnet/ulønnet arbejde for andre

Ja

Nej

Adresse:

\_\_\_\_\_





