

Kollektiv ulykkesforsikring

Anmeldelse Tandskade

Anmeldes via:

CO*WINS International
Bag Haverne 20
4600 Køge
mail: lederne@cowins.dk

Hvem har tegnet forsikringen?

Hvem har du tegnet forsikring igennem? Navn og evt. adresse:

Police-/skadenummer

Police-/skadenummer

Tilskadekomne

Navn	CPR-nr.
Hvad arbejder du med til daglig/ hvad er dit erhverv?	

Telefon/e-mail og kontonummer

Telefonr./mobiltelefonnr.	E-mail
Bankoplysninger (registrerings-/kontonr.)	

Arbejde/fritid

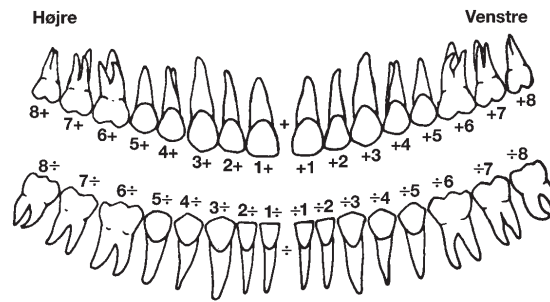
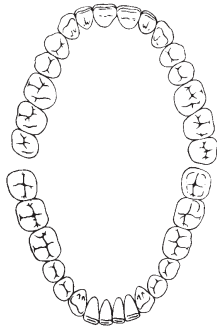
Skete ulykken			
<input type="checkbox"/> Under arbejde	<input type="checkbox"/> Under arbejde som selvstændig erhvervsdrivende	<input type="checkbox"/> I fritiden	<input type="checkbox"/> Andet

Ulykken

Hvornår skete ulykken? (Dato, årstal og tidspunkt)
Hvordan skete ulykken?

Ulykken - fortsat

Hvilke tænder er skaderamt?
Sæt X



Var du på ulykkestidspunktet påvirket af medicin, spiritus eller andet?

Ja Nej

Andre forsikringer

Er du medlem af Sygeforsikringen "danmark"?

Ja Nej

Er skaden anmeldt til andre forsikringer?

Ja Nej

Hvis ja, hvilket selskab?

Under hvilket police-/skadenummer?

Undersøgelse hos tandlægen

Hvornår var du første gang hos tandlægen?

Hvilken tandlæge? (Navn adresse, postnr, by)

Hvem er din tandlæge? (Navn, adresse, postnr, by)

Anmeldelsen er udfyldt den _____

og jeg bekræfter, at mine oplysninger er korrekte.

Navn