



Gjensidige Försäkring
Svensk filial till
Gjensidige Forsikring ASA
Organisationsnummer:
516407-0384

Ansökan - företagsförsäkringar

(gäller för klinisk tandvårdsverksamhet)

Företagsuppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer
Postadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post
Är försäkringsställets adress samma som ovan angivna postadress? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange postadress för försäkringsställe:

Lista över samtliga behandlare i företaget

Befattning	Namn
Befattning	Namn
Befattning	Namn
Befattning	Namn
Befattning	Namn

Försäkring klinik

<input type="checkbox"/> Praktikförsäkring	Antal försäkrade behandlingsrum
<input type="checkbox"/> Arrendeförsäkring	Antal försäkrade behandlingsrum
<input type="checkbox"/> Mobil tandläkarutrustning	<input type="checkbox"/> Dentalt laboratorium

Patientförsäkring

Nyteckning/ ändring	Befattning	Namn	Planerad årsomsättning	Gäller from datum
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				



Garantiförsäkring för protetik 3 år självrisk 5000 kr

Nyteckning/ ändring	Befattning	Namn	Planerad årsomsättning	Gäller from datum
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				

Utökad Garantiförsäkring för protetik 4-5 år

Nyteckning/ ändring	Befattning	Namn	Planerad årsomsättning	Gäller from datum
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				
<input type="checkbox"/> nyteckning <input type="checkbox"/> ändring				

Underskrift

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Skicka ansökan till Marsh AB på nedanstående adress.

Marsh AB
Att: Privattandläkarna
Klara Norra Kyrkogata 29
111 22 Stockholm

Försäkringsgivare är Gjensidige Försäkring

Kontakta Marsh AB på nummer 08-410 81 300 eller på följande mailadress: ptl@marsh.com