

Skadeanmälan

Garantiförsäkring

Ursprungligt behandlande tandläkare (försäkringstagare)

Tandläkarens namn		
Företagets namn		Organisationsnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ortnamn	E-postadress
Bankgiro/Plusgiro vid utbetalning		

Eventuell ny behandlande tandläkare

Tandläkarens namn		
Företagets namn		Organisationsnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ortnamn	E-postadress
Bankgiro/Plusgiro vid utbetalning		

Fullmakt

Fullmakt för Gjensidige att från min garantiförsäkring lämna ersättning enligt gällande villkor till angiven ny behandlande tandläkare.

Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift
---------------	---------------------------------

Patientens uppgifter

Patientens namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ortnamn	E-postadress

Beskrivning av påvisbart omgörningsbehov (Måste fyllas i)

Definitiv cementering/utlämning (år, månad, dag)	Konstaterat omgörningsbehov (år, månad, dag)
Typ av konstruktion <input type="checkbox"/> Kronkonstruktion <input type="checkbox"/> Brokonstruktion <input type="checkbox"/> Helprotos <input type="checkbox"/> Partialprotos <input type="checkbox"/> KBF-protetik <input type="checkbox"/> Fixtur	
Orsak till omgörningsbehov <input type="checkbox"/> Lossnat <input type="checkbox"/> Bristande passform <input type="checkbox"/> Bristande estetik <input type="checkbox"/> Fel i occlusion/artikulation <input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> Pulpit nekros osteit <input type="checkbox"/> Rotfraktur <input type="checkbox"/> Fraktur av vital pelare	
Annan orsak (ange)	
Beskrivning av skadan	

Ursprunglig behandling

Utförd protetik, ange åtgärdsnummer med utlämningsdatum resp. cementeringsdatum

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Planerad omgörning

Utförd protetik, ange åtgärdsnummer med utlämningsdatum resp. cementeringsdatum

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Till anmälan bifogas:

Journalkopior, ursprungliga tandvårdsräkningar, följesedel (tandteknikerfakturer), samt i förekommande fall förhandsprövning.

Härmed intygas att uppgifterna lämnade i anmälan är riktiga

Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift
---------------	---------------------------------

Anmälan skickas i original till: Gjensidige Försäkring, Scanning, Box 4430, 203 15 Malmö

Information om behandling av personuppgifter (GDPR)

Alla uppgifter om dig behandlas konfidentiellt. Uppgifterna, däribland personuppgifter, måste sparas för att Gjensidige ska kunna handlägga ditt skadeärende. Du kan läsa mer om hur Gjensidige behandlar personuppgifter på www.gjensidige.se/gdpr