

Anmälan om tandskada

Försäringstagare		Datum	
Personnummer		Försäkringsnummer	
Adress		Telefon	
Postnummer och ort		E-post	
Datum för tandläkarbesök	Datum på tandläkarfakturan	Var tandläkarbesöket akut Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Bank (för utbetalning av ersättning)		Kontonummer inkl. clearingnummer (för utbetalning av ersättning)	

Jag bekräftar att de uppgifter jag lämnat i denna anmälan är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av ärendet/fallet.

Jag samtycker till att Crawford & Company (Sweden) AB eller de företag som AmTrust Europe eventuellt anlitar för skadereglering inhämtar och behandlar de uppgifter om mitt hälsotillstånd som behövs för att kunna bedöma mina anspråk till försäkringsersättning. Mitt samtycke gäller bara under regleringen av försäkringsfallet och det kommer endast att användas för att utreda förutsättningarna för att en skada föreligger enligt villkoren och att den är ersättningsgill.

Samtycket innebär att Crawford & Company (Sweden) AB eller de företag som AmTrust Europe eventuellt anlitar för skadereglering, inhämtar uppgifter från arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt och myndighet som behövs för att kunna bedöma vad som orsakat skadan och för att kunna reglera försäkringsfallet. De uppgifter som kan bli aktuella är främst upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m.

Gör så här

- 1 För att du ska få ersättning från försäkringen, är det viktigt att samtliga nedanstående dokument och uppgifter bifogas:
 - Faktura för tandläkarbesöket
 - Specifikation som innefattar information om behandlingen (behandlingskoder)
 - Datum för behandlingen
 - Kostnader för de olika behandlingarna
 - Slutgiltig summa som patienten betalat
- 2 Lägg dokumenten tillsammans med denna skadeanmälan i ett kuvert och skicka till Crawford & Company AB, se adress nedan.

SKADEANMÄLAN RETURNERAS TILL

Crawford & Company AB
Box 6044
171 06 Solna

E-post: tandvard@crowco.se
Tel. 010 410 70 00

Underskrift av försäringstagare	Datum och ort
---------------------------------	---------------