

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Ursprungligt behandlande tandläkare (försäkringstagaren)

Tandläkaren namn	Personnummer
Företagets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ortsnamn
Mejl	Bankkontonummer vid utbetalning

Eventuellt ny behandlande tandläkare

Tandläkaren namn	Personnummer
Företagets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ortsnamn
Mejl	Bankkontonummer vid utbetalning

Patientens uppgifter

Patientens namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ortsnamn
Mejl	

Skadehändelse

Datum för skadan	Datum för utlämnandet av den ursprungliga protetiken
Beskriv vad som har hänt	

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

Ort och datum

Försäkringstagarens underskrift