

Tandlægeforeningens Praksisforsikring

Anmeldelse – Tingskade – Erhvervsansvar

Udfyldes af tandlæge og patient

Police nr. 670-8.037.840

TF nr.

Skadelidte	Navn:	Cpr.nr.:
	Adresse:	Tlf.:
		E-mail:
	Postnr. og By:	
Anmeldende Tandlæge (Gælder kun for medlemmer af Tandlægeforeningen, der arbejder i privat praksis)	Navn:	Ydernr.:
		Medlemsnr. i TF:
	Klinikadresse:	
	Postnr. og By:	
Hvem forårsagede skaden:	Navn:	Stilling på klinikken:
Tingskade	Hvilken ting er beskadiget/bortkommet	
	Hvilken behandling/repairation kræves? Pris:	
	Var det beskadigede i sikredes varetægt? ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja – i hvilken anledning? (lån, opbevaring, bearbejdelse)	
	Genstandens art:	
		Fremstillingstidspunkt og pris Dato: / 20 kr.:
	Værdi før skade? Kr.	Værdi efter skade? Kr.
	Hvilken forsikring har skadelidte selv tegnet for de beskadigede genstande?	
	I hvilket selskab?	
	Har skadelidte fået udbetalt erstatning? ☐ Nej ☐ Ja	
Evt. erstatnings-udbetaling HUSK	Kontohaverens navn:	Reg. nr.: Konto nr.:
Underskrift Klinikejer	Jeg erklærer mig indforstået med, at Tandlægeforeningens Praksisforsikring videregiver oplysninger til forsikringsselskabet med henblik på sagsbehandling. _____ _____ Dato Klinikejers underskrift	
Underskrift Skadelidte	Jeg erklærer mig indforstået med, at Tandlægeforeningens Praksisforsikring videregiver oplysninger til forsikringsselskabet med henblik på sagsbehandling. _____ _____ Dato Skadelidtes underskrift	

Anmeldelsesskemaet skal sendes til

Tandlægeforeningens Praksisforsikring, Amaliegade 17, 2. sal, 1256 København K

Tandlægeforeningens Praksisforsikring

Amaliegade 17, 2. sal · 1256 København K · Tel.: 70 20 02 27 · www.tf-praksisforsikring.dk · web@tf-praksisforsikring.dk