

Klage til Tandskadeankenævnet

Hvilken afgørelse fra Codan Forsikring ønsker du at klage over (anfør skadenr. Og dato)?

Hvis du kun vil klage over en del af afgørelsen, anfør venligst hvad der konkret klages over, F.eks. erstatning for helbredelsesudgifter og/eller godtgørelse for varigt mén m.v.

Anfør evt. en begrundelse for klagen (supplerende redegørelse kan vedlægges).

Personlige oplysninger

Fornavn(e):	Efternavn:	
Adresse:	Post nr.:	By:
Cpr.nr.:	Telefon nr.:	

Underskrift

Ved din underskrift gives samtykke til, at Tandskadeankenævnet kan indhente alle relevante oplysninger, herunder journaler, pensionsakter m.v., fra tandlæger, sygehuse, institutioner, læger, kommuner, regioner og andre vedkommende, til brug i forbindelse med klagesagens behandling ved Tandskadeankenævnet.

Dato: _____ Underskrift: _____

Fuldmagt, såfremt du ikke selv ønsker at stå for kontakten til Tandskadeankenævnet

Jeg giver hermed nedenstående person fuldmagt til på mine vegne at indgive klage til Tandskadeankenævnet, samt til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.

Fuldmagthavers navn og adresse: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Klagen sendes til:
Tandskadeankenævnet
Svanemøllevej 85, 1. sal
2900 Hellerup