

AIG-Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:

Skadedatum:

Efternamn och förnamn:

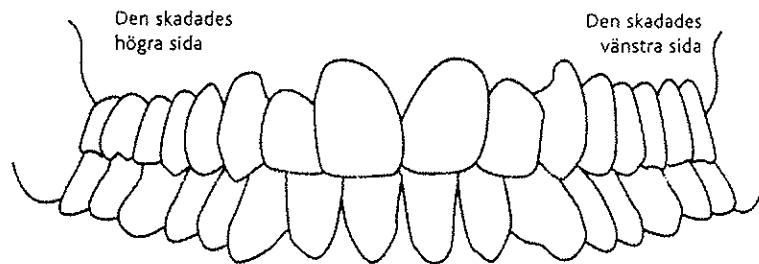
Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm ej att kryssa i mjölkttänder/permanenta tänder.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE

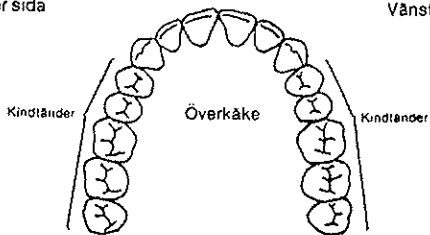
Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder

Permanenta tänder

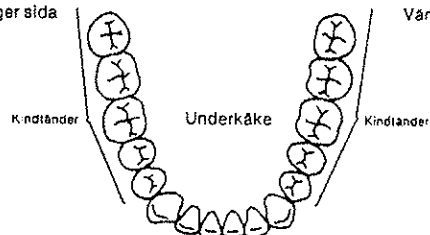


Höger sida



Vänster sida

Höger sida



Vänster sida

Ort och datum:

Namnteckning:

Målsmans namnteckning om minderårig: