Gäller för tiden 1/1 2024-31/12 2024

( = behandlingsdagen)

Regler för

Tandvårdsersättning

Pappers avd.150 har som medlemsförmån en tandvårdsersättning för aktiva medlemmar, som omprövas av styrelsen inför varje kalenderår (sedan 1/1 1999) Med aktiv medlem avses i detta stycke, att ha varit medlem i minst 3 månader och erlagt avgift samt att behandlingstillfället ska vara daterat efter inträdesdatum.

Eventuella tvister eller tolkningar av regler eller utbetalningar, avgörs av revisorerna.

Följande regler gäller för år 2024.

1. Ersättning för tandvårdskostnad betalas av Pappers avd. 150 med

60 % av patientavgiften (som omfattas i tandvårdsförsäkringen).

Undersökning ersätts med 100 % det måste dock klart framgå av

specifikation att det gäller enbart basundersökning.

Max. utbetalningsbelopp är 7000:-/ 12 mån. period och fri basundersökning.

2. Ansökan göres hos Pappers avd.150 på särskild blankett

specifikation skall alltid bifogas ansökan.

3. Ersättning lämnas för tandvård som omfattas av den Svenska

Tandvårdsförsäkringen.

4. Pappers avd. 150:s två i förening firmatecknare, har delegerad

beslutsrätt i ansökningsärenden.

5. Ersättning utbetalas till uppgivet konto inom 2 mån. från

ansökningsdag.

6. Fortlöpande avrapportering till Pappers avd. 150:s

styrelse och revisorer.

7. Den som gör sig skyldig till medvetet oriktigt förfarande för att

kunna tillgodogöra sig ersättning från tandvårdsersättningen

riskerar sitt medlemskap i Pappers enl. Pappers stadgar.

8. Kvitto får inte vara äldre än 12 månader från sista behandlingsdag under en behandlingsperiod.

 **År: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AVD.150**

**Mån:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beh.dag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANSÖKAN OM TANDVÅRDSERSÄTTNING**

**Personnr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_ Namn :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mejladress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Jag vill ha ersättningen insatt på konto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OBS! Alla siffror skall vara med!** Clearingnr. Kontonummer

**Härmed ansöker undertecknad om tandvårdsersättning från Pappers Avd. 150 Lilla Edet**

**Lilla Edet den \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Namnunderskrift

|  |
| --- |
| Medlem i Pappers avd. 150 sedan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Skuldfri\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tidigare erhållna ersättningar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beräknat :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utredarens signatur  100% 60% |

|  |
| --- |
| Beviljad med kronor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Avslagen p.g.a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Pappers avd. 150\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firmatecknares underskrift |