

Undgå hæfteklammer - brug clips! Vi scanner bilagene

Forsikringstager

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Navn | |
| Adresse på forsikringssted | |
| Postnr. | By |
| Virksomhedens navn | |
| CVR-nr. | Virksomhedens mail |

| | |
|-------------------------------|-------|
| Dato for ikrafttrædelse | |
| Hovedforfald | 01.01 |
| Tidl. ejers policenr. i Codan | |
| Tlf. privat | |
| Tlf. arbejde | |

| Risiko- oplysninger | Er klinikkens hovedanvendelse tandlægeklinik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Antal klinikker/arbejdsunits |
|---------------------------------|---|---------|------------------------------|
| | Anfør alle ejere | CPR-nr. | Navn |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Eventuelle bemærk- ninger | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--------------|---|
| Skade | Har du i de seneste 3 år haft skader? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| | Hvis ja - oplys skadens art og erstatningens størrelse |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Underskrift

Codan vurderer denne begæring og afgør, om vi kan oprette forsikringen. Kan vi det, og er begæringen afleveret til os inden forsikringens begyndelsesdato, har vi ansvaret fra den aftalte dato.

Kan vi ikke oprette forsikringen på grund af oplysninger i begæringen eller oplysninger, der er sendt sammen med begæringen, giver vi besked så hurtigt som muligt.

Kan vi oprette forsikringen, men på andre vilkår end de oprindeligt aftalte, giver vi besked om, på hvilke vilkår vi kan tilbyde forsikringen.

Meddelelsen vil også indeholde en tidsfrist for accept. Codan har ansvaret fra det tidspunkt, hvor vi modtager accepten, dog inden for tidsfristen.

Forsikringen købes til vores gældende tarifpris og på vores specielle klinikforsikringsbetingelser. Vi opkræver eventuelle afgifter til staten sammen med betalingen af forsikringen.

Ved underskrift erklærer jeg, at den ønskede forsikring hverken er opsagt eller nægtet tegnet af et andet selskab.

Samtykke til at behandle personoplysninger

For at kunne oprette dig i vores systemer og give dig den rigtige pris skal vi bruge dit CPR-nr. til forskellige formål. Det er derfor en forudsætning for os, at du giver dit samtykke til, at vi må:

- behandle dit CPR-nr. til at identificere dig, ajourføre folkeregisteroplysninger fra CPR-kontoret og samkøre med fx RKI, Debitor Registret eller lign.
- behandle CPR-nr. til at identificere husstandens personer, der er fyldt 18 år, og som er dækket på forsikringen.
- videregive dit og din husstands CPR-nr., hvis vi skal opsig tidligere forsikringer eller indhente oplysninger fra tidligere selskab, fx skadesoplysninger.
- med dit samtykke bekræfter du også, at du kan dokumentere samtykker fra andre personer i din husstand, hvis Codan Forsikring A/S beder om det.

Ja, jeg giver mit samtykke.

Frivillighed og tilbagekaldelse

Det er frivilligt at give samtykke til os. Ønsker du at trække dit samtykke tilbage, skal du derfor straks fortælle os det, da Codan Forsikring A/S så desværre ikke kan forsikre dig længere.

Videregivelse af personoplysninger

Jeg giver mit samtykke til, at TandlægeTryghed og Codan Forsikring A/S må udveksle alle kundeoplysninger vedrørende mine forsikringer til brug for indtegnning, administration og rådgivning samt markedsføring i forhold til forsikringer.

| | |
|------|-------------|
| Dato | Underskrift |
|------|-------------|

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte:

TandlægeTryghed, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup, telefon 39 46 00 80 eller via e-mail web@tdt.dk.
Læs mere på tandlaegetryghed.dk.

| | | |
|------------------|---|----|
| Opsigelse | Forsikringsselskab, som opsigelsen vedrører | |
| | Adresse | |
| | Postnr. | By |
| | Vedrørende policenr. | |
| | Forsikringen vedrører følgende adresse | |
| | Postnr. | By |
| | Ovennævnte police bedes ophøre: <input type="checkbox"/> Udløbsdato / 20 <input type="checkbox"/> Ejerskifte / 20 <input type="checkbox"/> Omgående pga.: | |
| | Type forsikring <input type="checkbox"/> Klinikforsikring <input type="checkbox"/> Virksomhedsforsikring | |
| | Forsikringstagers postadresse: | |
| | Postnr. | By |

Til forsikringsselskabet

Vi sender hermed opsigelsen vedrørende ovennævnte forsikring og beder jer venligst returnere opsigelsen med jeres anerkendelse. Hvis forsikringen ikke kan opsiges fra den anførte dato, eller forsikringstager

er dækket under anden police, beder vi om, I opsiger forsikringen pr. førstkomende mulige dato. Meddel venligst Codan, fra hvilken dato forsikringen ophører.

| | |
|------|-------------------------------|
| Dato | Forsikringstagers underskrift |
|------|-------------------------------|

Anerkendelse fra forsikringsselskab

Vi bekræfter modtagelsen af opsigelsen og anerkender den opsagt:

Med udløbsdato som angivet / 20 Med anden dato end angivet / 20

| | | |
|--------------|--|-------------|
| Firmastempel | Dato | Underskrift |
| | Send anerkendelsen til: Codan Forsikring A/S, Erhverv Underwriting, Gammel Kongevej 60, DK-1790 København V - eller via e-mail box_uwbrand@codan.dk . | |