

Begæring om Sygedriftstabsforsikring Plus - Tandplejere

Nytegning:

Ændring: - Af policenr.: _____

Ved ændring af en eksisterende police, oplyses den nye medarbejders navn, cpr.nr og adresse, medarbejderens forventede omsætning. I tilfælde af, at den nye medarbejder erstatter en tidligere medarbejder, bedes dette tillige oplyst.

Forsikrings-tager	Virksomhedens navn		CVR.nr.
	Adresse (Vej, nr.)	Postnr.	By
	E-mail		Telefonnr.
Forsikrings-sted	Udfyldes hvis forskellig fra forsikringstagers adresse Adresse (Vej, nr.)		Postnr. By
Forsikrede personer	Fulde navn	Cpr.nr.	Omsætning kr.
	Adresse (Vej, nr.)	Postnr.	By
	Fulde navn	Cpr.nr.	Omsætning kr.
	Adresse (Vej, nr.)	Postnr.	By
	Fulde navn	Cpr.nr.	Omsætning kr.
	Adresse (Vej, nr.)	Postnr.	By
Beregnings-grundlag	Omsætning i sidste regnskabsår, som er: 201__ oplyses for hver af de forsikrede personer. Omsætningen opgøres som patientomsætningen efter fradrag for udgifter til teknik og materialer. Vi anbefaler at forsikringen tegnes med 100% dækning. Ønsker virksomheden alene at tegne 50%'s dækning og dermed at påtage sig en selvrisiko på 50% af et evt. tab som følge af nedgang i omsætningen, sættes x her: <input type="checkbox"/>		
Begyndelse forfald m.m.	Begyndelsesdato: / /	Hovedforfaldsdato: 01 /	Præmietermin: <input type="checkbox"/> Helårlig <input type="checkbox"/> Halvårlig <input type="checkbox"/> Kvartårlig
Regulering	Forsikringsår skal være lig regnskabsår. Regulering foretages hvert år pr. hovedforfaldsdato, og forsikringstageren er pligtig at indsende det fremsendte reguleringsskema påført de nødvendige oplysninger senest 6 måneder efter forfald.		
Betaling	Betalingsform: <input type="checkbox"/> BS/PTG <input type="checkbox"/> GIRO <input type="checkbox"/> CKS Ved BetalingsService ønskes oplyst: Bankens reg.nr.: _____ Konto nr.: _____		

Jeg er indforstået med, at Codans forsikringsvilkår skal være gældende. Jeg er endvidere bekendt med, at Codan forudsætter, at alle spørgsmål som stilles til mig eller andre, bliver besvaret i nøje overensstemmelse med sandheden. I modsat fald kan forsikringerne blive erklæret ugyldige efter reglerne i Forsikringsaftaleloven. Forsikringerne er gældende, så snart begæringen er underskrevet og overgivet til Codan sammen med de dertil hørende helbredsoplysninger, herunder helbredsattester. Dette forudsætter, at der ikke foreligger en anden aftale om en senere begyndelsesdato, og at Codan vil antage forsikringen på normale vilkår.

Skal forsikringen omfatte medarbejdere i virksomheden, bør det altid være op til den enkelte medarbejder, om denne ønsker at være dækket af forsikringen. Særligt i de tilfælde, hvor forsikring for medarbejderen kun kan udstedes med helbredsmæssig klausul. Ønsker medarbejderen i disse tilfælde ikke, at lidelsens karakter kommer til arbejdsgiveren kendskab, bør dette accepteres uden ansættelsesretlige konsekvenser.

Jeg giver samtykke til, at alle oplysninger, herunder personlige oplysninger kan udveksles mellem Codan Forsikring og TandlægeTryghed. Dette samtykke gælder ikke helbredsmæssige oplysninger ved indtegnning, ved eventuel skade eller noget andet tidspunkt.

Jeg er bekendt med, at jeg altid kan trække samtykket tilbage, men at dette i så fald kan have betydning for fortsættelse af forsikringen.

_____ Dato

_____ Forsikringstagerens underskrift

Der skal udleveres **Helbredserklæring** og **Helbredsattest** til alle der skal omfattes af Sygedriftstabsforsikringen.