

# Begæring om sygedriftstab - tandlæger og tandplejere

Nytegning: <input type="checkbox"/>	Ændring: <input type="checkbox"/>	- 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.

## Forsikringstager

Virksomhedens navn:	CVR.nr.:	
Klinikejer (navn):		
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:
E-mail:	Telefonnr.:	

## Forsikringssted

Udfyldes hvis forskellig fra forsikringstagers adresse Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:
---	----------	-----

## Forsikrede personer

Forsikrede personer registreres på bilag sidst i dokumentet.

## Beregningsgrundlag

Er klinikejer tilmeldt TandlægeTrygheds dagpengeordning?  Ja  Nej

Omsætning i seneste hele regnskabsår oplyses for hver af de forsikrede til brug for beregning af præmien

Præmien beregnes samlet for klinikens forsikrede tandlæger og tandplejere.

Der foretages årlig regulering af præmien.

Omsætningen opgøres som patientomsætningen efter fradrag for udgifter til teknik og materialer.

## Begyndelse, forfald, m.m.

Begyndelsesdato:	Hovedforfaldsdato: 1. januar	Præmietermin: <input type="checkbox"/> Helårlig <input type="checkbox"/> Halvårlig <input type="checkbox"/> Kvartårlig
------------------	---------------------------------	---

## Regulering

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.:

Er der tegnet sygedriftstabsforsikring i andet selskab: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Selskab:	Policenummer:	Ophørsdato:

Jeg er indforstået med, at Gjensidiges forsikringsvilkår skal være gældende. Jeg er endvidere bekendt med, at Gjensidige 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 Gjensidige jf. betingelsernes punkt 12,1 vedrørende karens efter indtegnning.

Jeg giver endvidere samtykke til, at min nuværende forsikring kan opsiges af TandlægeTryghed.

Jeg giver samtykke til, at alle oplysninger, herunder personlige oplysninger kan udveksles mellem Gjensidige Forsikring og TandlægeTryghed. Jeg er bekendt med, at jeg altid kan trække samtykket tilbage, men at dette i så fald kan have betydning for fortsættelse af forsikringen.

Der er en karensperiode på 6 måneder for nytægning af forsikringen.

## Forsikringstagers underskrift

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

### For tandlæger, der praktiserer i Grønland eller på Færøerne gælder:

Erstatningsopgørelser skal fremsendes på dansk, og evt. spørgsmål til regnskaber og dokumenter, der ikke er på dansk, skal besvares/oversættes uden udgift for Gjensidige.

I det omfang, der i forbindelse med en skade ikke udbetales offentlige sygedagpenge af mindst samme beløb, som ville være udbetalt for praktiserende tandlæger i Danmark, vil der i erstatningsopgørelsen blive foretaget fradrag i erstatningen, svarende til det beløb der kunne være modtaget, hvis tandlægen havde praktiseret i Danmark.

## Bilag

### Forsikrede personer

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By:

Fulde navn:	Cpr.nr.:	Omsætning:
Stilling: <input type="checkbox"/> Tandlæge <input type="checkbox"/> Tandplejer	Telefonnummer:	Mailadresse:
Adresse (Vej, nr.):	Postnr.:	By: