

# Tilmelding af medforsikrede - Tandforsikring

<b>Blanketten sendes til:</b> Skandia Postboks 830 7007 Fredericia Telefon +45 70 12 12 13
--

## Oplysninger om rådgiver

Navn:
-------

## Oplysninger om medarbejder

Navn:	CPR-nummer:
Arbejdsgiver:	

## Tilmelding af ægtefælle/samlever (kræver underskrift på side 2)

Navn:		
Aftalenummer:	CPR-nummer:	
Adresse:	Postnummer:	By og land:
E-mail:	Telefon:	Arbejdstelefon:

## Tilmelding af børn (gælder hjemmeboende børn og medarbejderens biologiske børn fra 18 til 24 år)

Navn:	CPR-nummer:
Navn:	CPR-nummer:
Navn:	CPR-nummer:

## Ikrafttrædelse

Tandforsikringen træder i kraft på nedenstående dato, dog tidligst pr. Skandias modtagelsesdato.

Dato:

## Samtykke

- Ja, jeg giver samtykke til, at Skandia videregiver ovenstående oplysninger om mig (navn, adresse, cpr-nummer samt telefon og e-mail) til Købstædernes Forsikring til brug for tegning af tandforsikringen. Jeg kan til enhver tid henvende mig til Købstædernes Forsikring for at få oplyst, hvilke oplysninger de har registreret om mig. Tandforsikringen tegnes hos Købstædernes Forsikring, Strandgade 27A, 1401 København K, CVR nr. 51 14 88 19.

## Underskrift

Dato:

Ægtefælles/samlevers underskrift:

Dato:

Medarbejders underskrift: