

CPR nr. -

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Marsh & McLennan Agency A/S kan indhente mit journalmateriale samt tilhørende røntgenbilleder fra såvel min nuværende, som tidligere tandlæger med henblik på administrationen af min nuværende eller kommende tandforsikring. Denne samtykkeerklæring er gældende, så længe min tandforsikring er i kraft.

Jeg kan på ethvert tidspunkt trække mit samtykke tilbage, men jeg er opmærksom på, at uden det samtykke, jeg her har givet, vil forsikringen meget muligt ikke kunne opretholdes, ligesom jeg meget muligt ikke vil kunne få udbetalt erstatning fra den.

Jeg giver endvidere samtykke til at Marsh & McLennan Agency A/S må kommunikere med mig på e-boks.

| | |
|-------|-------|
| Sted: | Dato: |
|-------|-------|

| |
|-------------------------|
| Navn med blokbogstaver: |
| Underskrift: ✕ |