

| MENTOR Promise



Forsikringsdækning i særklasse

For at vurdere din berettigelse til MENTOR Promise forsikringsdækning for MENTOR® Brystimplantater, skal Mentor Medical Systems B.V. indsamle følgende oplysninger gennem deres lokale kontorer eller fra din kirurg.

I tilfælde af et krav skal du sørge for at udfylde denne formular og returnere den til din kirurg, som derefter vil fremsende den til den relevante lokale Mentor-repræsentant.

NAVN: _____

ADRESSE: _____

DATO FOR OPERATIONEN: _____

STED FOR OPERATIONEN: _____

IMPLANTAT NAVN, TYPE OG STØRRELSE: _____

LOT NUMMER: _____

SERIE NUMMER: _____

Hvis du er usikker på noget af ovenstående så spørg din kirurg om hjælp.

BESKYTTELSE AF DINE OPLYSNINGER

Mentor vil bruge disse oplysninger til at kommunikere med dig og vurdere din berettigelse til MENTOR Promise Forsikringsdækning. Med henblik herpå kan dine personlige oplysninger deles med andre virksomheder inden for Johnson & Johnson Family of Companies. Disse kan være placeret uden for dit bopælsland (herunder USA), og som følge heraf kan det kræve et andet niveau af databeskyttelse. Af disse årsager kan dine personlige oplysninger blive overført til og delt med andre firmaer indenfor Johnson & Johnson Family of Companies (J&J Søsterselskaber) og tredjeparts tjenesteudbydere. Disse kan være placeret uden for dit bopælsland (herunder USA), og som følge heraf kan det kræve et andet niveau af databeskyttelse. Foranstaltninger er imidlertid på plads for at beskytte dine personlige oplysninger ved overførsel til J&J søsterselskaber og / eller tredjeparter i sådanne andre lande. Mentor vil bevare dine oplysninger i den periode, det er nødvendigt for at opfylde de ovenfor beskrevne formål, medmindre en længere opbevaringsperiode er påkrævet eller tilladt i henhold til lovgivning eller med henblik på at efterkomme en juridisk forpligtelse. Hvis du har spørgsmål, eller ønsker at få adgang til, rette, eller slette dele af eller alle dine personlige oplysninger, bedes du venligst kontakte vores lokale distributør direkte her: NOSCOMED MEDICAL SUPPLY A/S Svanemøllevej 11 2100 København Ø Danmark +45 36 30 64 44

DATO: _____ UNDSKRIFT: _____

*Denne formular skal kun udfyldes i forbindelse med indgivelse af et krav.