

Til:

Codan Forsikring  
Gl. Kongevej 60  
1790 København V

Att.: Care Administration

**Ændring af kundebetjener**

Jeg bekræfter herved, at jeg fremover ønsker at blive betjent af TandlægeTryghed på min Sygedriftstabsforsikring hos Codan Forsikring.

Policenr: \_\_\_\_\_

Cvr-nr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_/\_\_\_\_-20\_\_

Sted

\_\_\_\_\_  
Cpr. (Skal udfyldes)

\_\_\_\_\_  
Underskrift