

Ved obligatorisk aftale

**Afkaldserklæring vedrørende medarbejder under aftalen med:
Firma:**

Arbejdsgiver

Navn		
Adresse		Policenummer
Kontaktperson	Telefon	CVR-nummer

Medarbejder

Navn		
Adresse		
CPR-nummer	Telefon	Ansættelsesdato

Ovennævnte medarbejder ansat i nævnte virksomhed bekræfter herved, at jeg fravælger dækningen i den gældende Codan Care-aftale etableret i Codan Forsikring A/S.
Det betyder, at jeg ikke er eller bliver omfattet af den aftalte forsikringsdækning.

Måtte jeg senere ønske at blive dækket under forsikringen, skal jeg afgive individuelle helbredsoplysninger, og forsikringsdækningen kan kun antages, hvis Codan finder helbredsoplysningerne tilfredsstillende.

Medarbejders underskrift

Dato	Underskrift

Arbejdsgivers underskrift

Dato	Stempel/Underskrift

Den udfyldte og underskrevne blanket skal opbevares i virksomheden