

ДЕКЛАРАЦИЯ
DECLARATION

Подписаният/ ната / The undersigned	<input type="text"/> <i>име на служителя/employee name</i>
ЕГН/ ID	<input type="text"/>
Адрес/ Address	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Телефон/ Phone	<input type="text"/>
служител на/ employer to	<input type="text"/> <i>име на компанията/company name</i>

в качеството си на застраховано лице по договор за здравно застраховане със ЗД „Съгласие“ АД/ as an insured person under a health insurance contract with Saglasie Insurance декларирам следното/ I declare the following:

- желая да застраховам за своя сметка членовете на семейството си:/ I wish to insure my family members at my own expense:

1. Име/ Name ЕГН/ID
роднинска връзка/ kinship relationship

2. Име/ Name ЕГН/ID
роднинска връзка/ kinship relationship

3. Име/ Name ЕГН/ID
роднинска връзка/ kinship relationship

Моля, полицата да бъде валидна от: / The policy to be valid from:

01.03.2024

01.04.2024

Дата:

Подпис: