

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ НА ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВА ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА
със ЗЕАД Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп, 16.11.2024 - 15.11.2025**

Долуподписаният.....ЕГН.....

.....
..... /трите имена на служителя/Заявявам желанието си следните членове на моето семейство да бъдат включени в Медицинската застраховка на Брандуоч България ЕООД със срок **16.11.2024 – 15.11.2025**:

Име и ЕГН.....

премия:.....

имейл:.....

семеино отношение:.....

1. Желая да бъде включен/а като застраховано лице по медицинска застраховка „Здравна грижа“ по горепосочения договор.
2. Запознах се с политиката на поверителност на Брандуоч България ЕООД, Маринс Интернешънъл АД и ЗЕАД Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп

Подпис на застрахования член на семейство /родител:

Подпис и на детето, ако е навършило 14 г.:

Име и ЕГН.....

премия:.....

имейл:.....

семеино отношение:.....

1. Желая да бъде включен/а като застраховано лице по медицинска застраховка „Здравна грижа“ по горепосочения договор.
2. Запознах се с политиката на поверителност на Брандуоч България ЕООД, Маринс Интернешънъл АД и ЗЕАД Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп

Подпис на застрахования член на семейство /родител:

Подпис и на детето, ако е навършило 14 г.:

Име и ЕГН.....

премия:.....

имейл:.....

семеино отношение:.....

1. Желая да бъде включен/а като застраховано лице по медицинска застраховка „Здравна грижа“ по горепосочения договор.
2. Запознах се с политиката на поверителност на Брандуоч България ЕООД, Маринс Интернешънъл АД и ЗЕАД Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп

Подпис на застрахования член на семейство /родител:

Подпис и на детето, ако е навършило 14 г.:

Дата:.....

Подпис:.....

