

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният(ата).....
..... ,

Декларирам, че съм запознат/а със Съобщението за защитата на личните данни на ЗАД „Алианц България“;

Съгласен/а съм в качеството ми на кандидат за застраховане/Застраховано лице моят работодател да предоставя мои лични данни на ЗАД „Алианц България“ във връзка със сключването и изпълнението на групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР: