

ДЕКЛАРАЦИЯ

Подписаният(ата)
.....,
в качеството си на родител/настойник/попечител на
.....,

във връзка с предявена застрахователна претенция по групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“,

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ съм съгласен/а плащането на определеното от ЗАД „Алианц България“ застрахователно обезщетение/сума по застраховката да се извърши по банковата сметка, посочена от
.....

Дата:

ДЕКЛАРАТОР: