

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Долуподписаният / та,

_____, ЕГН _____,
(трите имена на родителя/законен представител)

в качеството на родител / законен представител на

_____, ЕГН _____,
(трите имена на детето)

МОЛЯ,

В случай че предявената претенция наг./№ на претенция
/Дата на депозиране на документите/ /заведена в „ЗД Евроинс“АД/

за извършени разходи за здравни стоки услуги в размер
на.....лв./словом:...../ бъде уважена,
определеното застрахователно обезщетение за

(трите имена на детето)
да бъде изплатено по следната банковата сметка:

Банка: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Титуляр: _____

гр.

Дата:..... Г.

Декларатор: _____

/име, фамилия и подпис/