

ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ДОГОВОР №

e-mail:

На основание платена здравноосигурителна премия и съгласно Общите условия за доброволно здравно осигуряване ,....., ф.дело №г. на СГС, Данъчен No, БУЛСТАТ, адрес на управление: София , осигурява лицата, посочени в настоящия здравноосигурителен договор в рамките на избрания срок и опция.

	Име, презиме, фамилия/ Име на юридическо лице	ЕГН/ БУЛСТАТ	Дан.номер
Осигуряващ:			
Адрес на осигурявания:			
Име на осигуреното лице:	ЕГН, личен номер на чужденец	Адрес	Телефон
по списък			

Брой на осигурените лица при групов или семеен договор (съгласно приложен списък):

Плащането се осъществява чрез банков превод по наша сметка, банков код при банка “.....”, клон, гр. София.
Здравноосигурителният договор се сключва съгласно лицензираните Общи условия, Предложение за доброволно здравно осигуряване и
Здравна декларация, които представляват едно цяло и са неразделна част от договора.

Декларирам, че приемам Общите условия за доброволно здравно осигуряване, получих всички документи и се запознах със съдържанието им.

гр. София / год.
/Място и дата на издаване/

Осигуряващ/Осигурен:

(име, фамилия, подпис/печат)

От името на
ЗОФ
(име, фамилия, подпис/печат)

ЗОФ..... притежава лиценз за извършване на дейност по,
издадено от