

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ):

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
 ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
 ΚΩΔΙΚΟΣ (ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ): ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:
 ΜΙΣΘΟΣ: ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟ:
 Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:
 ΑΓΑΜΟΣ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ:

II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Συμπληρώνεται μόνο αν προβλέπεται ασφάλιση εξαρτωμένων μελών)

Εξαρτώμενα μέλη που δικαιούνται να ασφαλιστούν για τις καλύψεις ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ή ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, θεωρούνται οι σύζυγοι (άνδρες ή γυναίκες) που δεν βρίσκονται σε διάζευξη ή νόμιμη διάσταση καθώς και τα ανύπαντρα παιδιά που δεν εργάζονται. Τα όρια ηλικίας ασφάλισης των εξαρτωμένων μελών αναφέρονται στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ
 (αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία)

α) ΣΥΖΥΓΟΣ: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

β) ΠΑΙΔΙΑ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
1.			4.	
2.			5.	
3.			6.	

(Για όσα παιδιά είναι πάνω από 18 ετών και σπουδάζουν, είναι απαραίτητη η προσκόμιση σχετικής βεβαίωσης της Σχολής)

III. ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το κόστος ασφάλισης υπολογίζεται σύμφωνα με τις τιμές ασφαλιστρών που έχουν συμφωνηθεί μεταξύ Συμβαλλομένων μερών και αναφέρονται στο σχετικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

IV. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Με τη δήλωσή μου αυτή, ορίζω δικαιούχους του ποσού που προβλέπεται να καταβληθεί σε περίπτωση θανάτου μου ή οποιουδήποτε δικαιούμενου ποσού που τυχόν δεν θα έχω εισπράξει πριν το θάνατό μου, από την ασφάλισή μου στο ανωτέρω **Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο**, τα παρακάτω πρόσωπα:

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΕΡΙΔΙΟΥ
1.				
2.				
3.				
4.				

ΣΥΝΟΛΟ: 100%

Ημερομηνία / /20

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ