

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ): .....

### I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ  ΘΗΛΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ (ΑΡ.ΜΗΤΡΟΥ): ..... ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ: .....

ΜΙΣΘΟΣ: ..... ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟ: .....

Α.Φ.Μ.: ..... Δ.Ο.Υ: .....

ΕΤΑΙΡΙΚΟ E-MAIL: .....

### II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

(Συμπληρώνεται μόνο αν προβλέπεται ασφάλιση εξαρτημένων μελών)

Εξαρτώμενα μέλη που δικαιούνται να ασφαλιστούν για τις καλύψεις ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ή ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, θεωρούνται οι σύζυγοι (άνδρες ή γυναίκες) που δεν βρίσκονται σε διάξευξη ή νόμιμη διάσταση καθώς και τα ανύπαντρα παιδιά που δεν εργάζονται. Τα όρια ηλικίας ασφάλισης των εξαρτημένων 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:	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
-------------	---------	-------	----------------------

--	--	--	--

β) ΠΑΙΔΙΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
------------	---------	-------	----------------------

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

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

**III. ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Το κόστος ασφάλισης υπολογίζεται σύμφωνα με τις τιμές ασφαλίσεων 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:

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΕΡΙΔΙΟΥ
1.				
2.				
3.				
4.				

ΣΥΝΟΛΟ: 100%

**V. ΛΟΙΠΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Ο κατωτέρω υπογράφων Ασφαλιζόμενος:

- Αιτούμαι την ένταξή μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο σύμφωνα με τους Όρους που μου γνωστοποιήθηκαν από τον Συμβαλλόμενο.
- Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ως άνω αναγραφόμενα στοιχεία είναι ορθά, πλήρη και αληθή.
- Εξουσιοδοτώ την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» όπως καταθέτει στον μισθοδοτικό τραπεζικό λογαριασμό μου τις αποζημιώσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή των Όρων του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Ημερομηνία ...../...../20 .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ  
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥΟ/Η ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ.....  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ