

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ Νο. ....

## 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 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 διάσπαση 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:	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 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:

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  
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ.....  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....