

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ Νο.

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ)

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ή ΣΥΖΥΓΟΥ:

ΑΓΑΜΟΣ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ:

ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Δικαιούνται να ασφαλιστούν για τις καλύψεις ΥΓΕΙΑΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ Ή ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ), που προβλέπεται από το Συμβόλαιο, 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.

α) ΣΥΖΥΓΟΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

β) ΠΑΙΔΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

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

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθινά και ότι, αν αλλάξει κάποιο από αυτά, θα το δηλώσω αμέσως.

Ημερομηνία / /20

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ