

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ Νο. ....

## ΔΗΛΩΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ: .....

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ή ΣΥΖΥΓΟΥ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ..... ΠΟΛΗ:.....

ΤΗΛ: .....

Με τη δήλωση 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 ασφάλιση μου στο ανωτέρω **Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο**, τα παρακάτω πρόσωπα:

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΕΡΙΔΙΟΥ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ΣΥΝΟΛΟ: 100%

Αν κάποιος από τους παραπάνω δικαιούχους αποβιώσει πριν από μένα, τα δικαιώματά μου να περιέλθουν στους υπόλοιπους δικαιούχους κατ' αναλογία μεριδίου τους ή αν δεν υπάρχουν, στους νόμιμους κληρονόμους μου. Επίσης δηλώνω ότι διατηρώ το δικαίωμα αλλαγής κάθε δικαιούχου με νεότερη έγγραφη δήλωση μου προς την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ».

Ημερομηνία ..... / ..... /20 .....

Ο/Η ΔΗΛ.....

.....  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ