

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ) .....

**I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../...../199.....

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) μέχρι 70 ετών που δεν βρίσκονται σε διάζευξη ή νόμιμη διασπαση καθώς και τα ανύπαντρα παιδιά που η ηλικία τους είναι μικρότερη των 18 ετών ή αν σπουδάζουν των 25 ετών.

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΑΣ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

(αν η απάντηση είναι ΝΑΙ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία)

α) ΣΥΖΥΓΟΣ: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../...../199.....

| β) ΠΑΙΔΙΑ: | A/A | ΟΝΟΜΑ | ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ   | A/A | ΟΝΟΜΑ | ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ   |
|------------|-----|-------|---------------------|-----|-------|---------------------|
|            | 1.  | ..... | ...../...../19..... | 4.  | ..... | ...../...../19..... |
|            | 2.  | ..... | ...../...../19..... | 5.  | ..... | ...../...../19..... |
|            | 3.  | ..... | ...../...../19..... | 6.  | ..... | ...../...../19..... |

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

**III. ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

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

**IV. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ**

Με την 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. ....       | .....     | .....               | .....              |
|               | .....     | ...../.....200..... | ΣΥΝΟΛΟ: 100%       |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ  
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο/Η  
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ .....  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ