

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ να συμμετέχω στο Ομαδικό Συμβόλαιο Ασφαλίσεων Ζητής και Συμπληρωματικών Καλύψεων των Δραστηρίων στα κατά τόπους ΔΕΑΔ και των Εξαρτωμένων Μελών τους.

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου (μέλους του τοπικού Αντισυμβαλλομένου ΔΕΑΔ)

Επώνυμο  
Όνομα  
Όνομασία τοπικού Αντισυμβαλλομένου ΔΕΑΔ  
Α.Φ.Μ.  
Δ.Ο.Υ.  
Ημερομηνία Γέννησης  
Όνομα Πατέρα  
Όνομα Συζύγου  
Διεύθυνση Κατοικίας (οδός, αριθμός, χωριό)  
Πόλη Κατοικίας  
Διεύθυνση Εργασίας (οδός, αριθμός, χωριό)  
Πόλη Εργασίας  
Επάγγελμα

Στοιχεία Εξαρτώμενων Μελών Κυρίως Ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο Συζύγου  
Ημερομηνία Γέννησης Συζύγου  
Όνοματεπώνυμο πρώτου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης πρώτου τέκνου  
Όνοματεπώνυμο δεύτερου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης δεύτερου τέκνου  
Όνοματεπώνυμο τρίτου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης τρίτου τέκνου  
Όνοματεπώνυμο τέταρτου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης τέταρτου τέκνου  
Όνοματεπώνυμο πέμπτου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης πέμπτου τέκνου  
Όνοματεπώνυμο έκτου τέκνου  
Ημερομηνία Γέννησης έκτου τέκνου

Σε περίπτωση θανάτου μου, ορίζω δικαιούχους για τα ποσά της ασφάλισής μου τους ακόλουθους:

α/α	Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια
1		
2		
3		
4		

Επισημαίνεται ότι διατηρώ ως κυρίως ασφαλισμένος, σύμφωνα και με τους όρους του ομαδικού συμβολαίου, το δικαίωμά να αλλάξω τους παραπάνω αποδεικνυόμενους δικαιούχους σε οποιοδήποτε χρόνο, με έγγραφη δήλωσή μου προς την Ασφαλιστική Επιχείρηση.

ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ  
ΔΕΑΔ

Γίνεται αποδεκτή και ισχύει βάσει των όρων  
του ομαδικού Ασφαλιστηρίου  
Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Ημερομηνία ...../...../2006  
Ο ΚΥΡΙΩΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ