

## ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα μέρη της φόρμας, χωρίς παραλείψεις. Ελλιπείς πληροφορίες μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση έναρξης ή ακύρωση της κάλυψης. Το παρόν έντυπο είναι αίτηση ασφάλισης.

### ΜΕΡΟΣ Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΜΗΝΑΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΕΡΙΟΧΗ	Τ.ΚΩΔΙΚΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	FAX. E-MAIL
ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	Α.Φ.Μ	ΑΡ.ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓ/ΜΟΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΤΡΑΠΕΖΑ

### ΜΕΡΟΣ Β. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΟΥ, ΟΡΙΖΩ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΣΩΠΑ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΛΗΡΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
1			
2			
3			
4			

### ΜΕΡΟΣ Γ. ΔΗΛΩΣΕΙΣ / ΑΙΤΗΣΕΙΣ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

A) Δηλώνω ότι σε περίπτωση θανάτου κάποιου από τους παραπάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιό του θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο ή σε περίπτωση που δεν έχω ορίσει δικαιούχο, στους νόμιμους κληρονόμους μου. Επίσης δηλώνω ότι διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οποιονδήποτε από τους παραπάνω δικαιούχους με σχετική γραπτή αίτηση προς την ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ.

B) Απούμαι την κάλυψη από τις παροχές Υγείας του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου, των παρακάτω εξαρτωμένων από εμένα, προσώπων,

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΛΗΡΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
1			
2			
3			
4			

Γ) Χώρος για σημειώσεις και παρατηρήσεις .....

Τέλος, βεβαιώνω ότι όλες οι παραπάνω δηλώσεις και αιτήσεις είναι πλήρεις και εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις μηνιαίες αποδοχές μου και καταβάλλει για λογαριασμό μου στην ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ, το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα που αναλογεί για την κάλυψή μου (εφόσον αυτό προβλέπεται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο).

### Υπογραφή Υπαλλήλου

Ημερομηνία	Υπογραφή	Όνοματεπώνυμο	Τόπος

### ΜΕΡΟΣ Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΑΚΡΙΒΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ	ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΜΙΣΘΟΣ

### Υπογραφή & Σφραγίδα Εργοδότη

Ημερομηνία	Υπογραφή	Σφραγίδα Εταιρίας	Τόπος