

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ Ν° .....  
 στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Ν° .....

ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ: .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ..... Α.Μ. ....

Α.Φ.Μ.: ..... Δ.Ο.Υ. ....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ή ΣΥΖΥΓΟΥ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: (οδός, αριθμός, χωριό) .....  
 Πόλη ή Επαρχία ..... ΤΗΛ.: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: (οδός, αριθμός, χωριό) .....  
 Πόλη ή Επαρχία ..... ΤΗΛ.: .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: (ακριβής περιγραφή) .....

### ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΣΥΖΥΓΟΣ	Ημερ. Γέννησης
Παιδιά 1. ....	» » .....
2. ....	» » .....
3. ....	» » .....
4. ....	» » .....

Μ' αυτή την αίτηση ζητώ να συμμετέχω στην ομαδική ασφάλιση και δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν υποφέρω εγώ ή κάποιος από τα παραπάνω μέλη της οικογένειάς μου από αναπηρίες ή παθήσεις εκτός από όσες έχω σημειώσει παρακάτω με Χ στο αντίστοιχο .

### ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Μήπως κατά τα τελευταία 5 χρόνια αίτησής σας για ασφάλιση δεν έγινε δεκτή ή εκκρεμεί: Αν ΝΑΙ, γράψτε όνομα εταιρίας και ημερομηνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Γεννηθήκατε με κάποια πάθηση ή αναπηρία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Απαλλαγίκατε από το στρατό; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε τους λόγους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Υποφέρατε ή υποφέρετε από αρρώστιες ή διαταραχές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Παίρνετε ή πήρατε ποτέ επίδομα ανικανότητας ή αναπηρίας; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αιτία και βαθμό και για πόσο χρόνο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	α) του νευρικού συστήματος (κακώσεις, νευροπάθειες, επιληψία, ψυχωσικές διαταραχές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Νοσηλευθήκατε σε νοσοκομείο ή θεραπευτήριο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	β) του αναπνευστικού συστήματος (φυματίωση, πνευρίτις, βρογχικό άσθμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υποβλήθήκατε σε εγχείρηση ή ακτινοβολία ή σας υπέδειξαν κάτι παρόμοιο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	γ) του κυκλοφορικού συστήματος (καρδιακά νοσήματα, στηθαγικοί πόνοι, υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, θρομβοφλεβίτις, περιφερειακή αρτηριοπάθεια, οίδημα, κίρσοι)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Τύχατε ιατρικής περίθαλψης τα τελευταία 5 χρόνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	δ) του πεπτικού συστήματος (έλκος, αιμορραγία του γαστρεντερικού, νοσήματα του ήπατος, χολοκυστοπάθεια, ίκτερος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Σε ποιά Ταμείο είστε ασφαλισμένος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ε) του ουρογεννητικού συστήματος (προστάτης, αιματοουρία, ουρολιθιαση, παθήσεις γεννητικών οργάνων)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Είστε ασφαλισμένος σε άλλη εταιρία; Σε ποιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	στ) νοσήματα ματιών, αυτιών, μύτης, λαιμού και στόματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα; Ποιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ζ) νοσήματα δέρματος, οστών ή αρθρώσεων (ισχύων, γονάτων, ώμων, σπονδυλικής στήλης κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			η) μεταβολικά νοσήματα, θυρεοειδής, ουρική αρθρίτις, σακχαρώδης διαβήτης)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			θ) νοσήματα των λεμφαδένων και του σπληνός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ι) νοσήματα του αίματος, αναιμία, λευχαιμία, νόσος HODGKIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ια) στυχήματα και εξ' αυτών επιπλοκές π.χ. (κατάγματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ιβ) διαταραχές ή άλλα νοσήματα, παραμορφώσεις ή συμπτώματα τα οποία δεν έχουν συμπεριληφθεί παραπάνω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Αν ΝΑΙ, ποιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΜΕ ΝΑΙ

ΕΙΔΟΣ ΠΑΘΗΣΗΣ - ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ ή ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΟΣ	ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟ - ΜΕΧΡΙ	ΟΝΟΜΑ-ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ή ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

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

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
1. ....	.....	3. ....	.....
2. ....	.....	4. ....	.....

Διατηρώ δε το δικαίωμα να αλλάξω τους παραπάνω υποδεικνυόμενους δικαιούχους, σε οποιοδήποτε χρόνο, με έγγραφη δήλωσή μου προς το ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ και την ΕΤΑΙΡΙΑ, σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου.

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Γίνεται αποδεκτή και ισχύει σύμφωνα με τους όρους του παραπάνω Ασφαλιστηρίου

Ημερομηνία ...../...../20.....  
 Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Σφραγίδα - υπογραφή

ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.

υπογραφή