

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ να συμμετέχω στο υπ' αριθμ. **GL 60000540 Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Ασφαλίσεων Ζωής και Συμπληρωματικών Παροχών των Δικηγόρων των κατά τόπους Λ.Ε.Α.Δ. και των Εξαρτωμένων Μελών τους.**

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου (μέλους του τοπικού Αντισυμβαλλομένου Λ.Ε.Α.Δ.)

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα τοπικού Αντισυμβαλλομένου ΛΕΑΔ	
Α.Φ.Μ.	
Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Συζύγου	
Διεύθυνση Κατοικίας (οδός, αριθμός, χωρίο)	
Πόλη Κατοικίας	
Διεύθυνση Εργασίας (οδός, αριθμός, χωρίο)	
Πόλη Εργασίας	
Επάγγελμα	
Α.Δ.Τ.	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	
Ημερομηνία Εγγραφής στο Λ.Ε.Α.Δ.	

Στοιχεία Εξαρτώμενων Μελών Κυρίως Ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο Συζύγου	
Ημερομηνία Γέννησης Συζύγου	
ΑΦΜ Συζύγου (εάν συμμετέχει ως δικηγόρος)	
Ημερομηνία Εγγραφής στο Λ.Ε.Α.Δ. (εάν συμμετέχει ως δικηγόρος)	
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 ασφάλισης μου τους νόμιμους κληρονόμους μου ή 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 δικαίωμα να αλλάξω τους παραπάνω υποδεικνυόμενους δικαιούχους σε οποιοδήποτε χρόνο, με έγγραφη δήλωση μου προς την Ασφαλιστική Εταιρία.

Δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας και αποδεχόμενος ότι ψευδής δήλωση μου αποτελεί ουσιώδη λόγο ακύρωσης της ασφάλισης, ότι όλες οι παραπάνω δηλώσεις/απαντήσεις μου είναι αληθείς, πλήρεις και ακριβείς. Με την παρούσα αποδέχομαι την επεξεργασία των παραπάνω δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από την Generali Life η χρήση των οποίων, υπό οποιαδήποτε μορφή, θα περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στους σκοπούς του υπ' αριθμ. GL 60000540 ασφαλιστηρίου.

Γίνεται αποδεκτή και ισχύει βάσει των όρων του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου

Ημερομηνία/...../200...

ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ Λ.Ε.Α.Δ.

Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Ο ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ