

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
(των μελών του Επμελητηρίου Βοιωτίας)****1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΛΟΥΣ****ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ****ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ****ΤΗΛΕΦΩΝΟ****ΑΦΜ****2. ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση συμμετοχής τους στην ασφάλιση)**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

3. Ασθενήσατε σοβαρά εσείς ή κάποιο από τα προστατευόμενα μέλη σας (και ποιο) από οποιαδήποτε σοβαρή νόσο * ;**ΝΑΙ****ΟΧΙ***** ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ ΝΟΕΙΤΑΙ**

α. Καρδιοπάθεια

β. Παθήσεις του κυκλοφορικού

γ. Καρκίνος

δ. Παθήσεις των νεφρών

ε. Νευρολογικές παθήσεις

στ. Διαβήτης

ζ. Παθήσεις των πνευμόνων

η. Παθήσεις του αναπνευστικού

Εάν απαντήσατε " **ΝΑΙ** " δώστε λεπτομέρειες πιο κάτω :

ΕΙΔΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή ΟΝΟΜ/ΝΟ ΙΑΤΡΟΥ

4. Υποβάλεστε τώρα εσείς ή κάποιο από τα προστατευόμενα μέλη σας (και ποιο) σε ιατρική παρακολούθηση ή υποφέρετε τώρα εσείς ή κάποιο από τα προστατευόμενα μέλη σας από οποιαδήποτε ασθένεια ή τραυματισμό; ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική-θεραπευτική αγωγή εσείς ή κάποιο από τα εξαρτώμενα μέλη σας ; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν Ναι αιτιολογήστε :

6. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η κατάσταση της υγείας μου καθώς και των προστατευομένων μου μελών είναι καλή και ότι οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι ακριβείς και αποτελούν την βάση της συμμετοχής μου στην ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ. Με την παρούσα εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα να παρέχει στην " ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ " ΑΕ, κάθε πληροφορία, που θα έχει σχέση με ιατρική συμβολή, εξέταση, θεραπεία ή νοσηλεία δική μου ή κάποιου από τα εξαρτώμενα μέλη μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

Ο ΔΗΛΩΝ :