

Πρόταση Ασφάλισης

Εθελοντικού Ομαδικού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Περιθάλψης

Μελών του ΣΑΚΑ

Ασφαλιστική Εταιρία: **CNP ΖΩΗΣ Α.Α.Ε.**
Ασφαλιστικό Πρόγραμμα: **“BONJOUR OPTIMUM”**

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου						
Επώνυμο :				A.Δ.Τ.:		
Όνομα :		Πατρώνυμο :		A.Φ.Μ.:		
Φύλο :	<input type="checkbox"/> Άρρεν	<input type="checkbox"/> Θήλυ	Ημ. γέννησης : / /	Δ.Ο.Υ.	
Επάγγελμα :				Ταμείο Ασφάλισης :		
Διεύθ. κατοικίας :				Τηλέφωνο :		
Διεύθ. εργασίας :				Τηλέφωνο :		

2. Στοιχεία Συμβαλλομένου (Λήπτη της ασφάλισης)						
Επώνυμο :				A.Δ.Τ.:		
Όνομα :		Πατρώνυμο :		A.Φ.Μ.:		
Φύλο :	<input type="checkbox"/> Άρρεν	<input type="checkbox"/> Θήλυ	Ημ. γέννησης : / /	Δ.Ο.Υ.	
Επάγγελμα :				Ταμείο Ασφάλισης :		
Διεύθ. κατοικίας :				Τηλέφωνο :		
Διεύθ. εργασίας :				Τηλέφωνο :		

Διεύθυνση αλληλογραφίας :	<input type="checkbox"/> Στη διεύθυνση κατοικίας : <input type="checkbox"/> Στη διεύθυνση εργασίας : <input type="checkbox"/> Άλλού : <input type="checkbox"/> συμπληρώστε παρακάτω
---------------------------	---

3. Στοιχεία Εξαρτωμένων Μελών				
Σημείωση : Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα Ασφάλισης.				
	Σύζυγος	Τέκνο 1°	Τέκνο 2°	Τέκνο 3°
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Φύλο	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
Ημερ. Γέννησης / / / / / / / /
A.Δ.Τ.				
A.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Ταμείο Ασφάλισης				

4. Συχνότητα πληρωμής Ασφαλίσεων	
<input type="checkbox"/>	ΕΤΗΣΙΩΣ