



Προς την  
**ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.**  
 Τμήμα Οραδικών Αποζημιώσεων Ζωής και Υγείας  
 Μιχαλακοπούλου 48  
 115 28 ΑΘΗΝΑΙ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ALPHA BANK (\*)**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b> .....	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ:</b> .....
<b>ΟΝΟΜΑ:</b> .....	<b>Α.Φ.Μ.:</b> .....
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:</b> .....	<b>Δ.Ο.Υ.:</b> .....
<b>ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ</b> [ ] <b>Α.Μ. (στην Τράπεζα):</b> .....	<b>ΚΩΔ. ΚΑΤ/ΟΣ:</b> .....
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ:</b> .....	<b>ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:</b> .....
<b>ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ</b> [ ] <b>ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΟΛΗ:</b> .....	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ:</b> ..... <b>Τ.Κ.:</b> .....
<b>ΟΔΟΣ:</b> .....	<b>ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:</b> .....
<b>ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:</b> <b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b> [ ] <b>ΑΛΛΟ ΤΑΜΕΙΟ</b> [ ]	

<b>Η υποβολή δικαιολογητικών αφορά αποζημίωση:</b> <b>(Α). ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ</b> [ ] / <b>ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ</b> [ ]	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ</b> .....
<b>(Β). ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ</b> [ ]	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:</b> .....
<b>(Γ). ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ</b> [ ]	<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:</b> .....
<b>ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> ..... ..... .....	<b>Ημερομηνία εισαγωγής:</b> .....
	<b>Ημερομηνία εξαγωγής:</b> .....
	<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑ Θέση:</b> .....

<b>ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ</b> <i>μόνον στην περίπτωση που ο κυρίως ασφαλισμένος είναι</i> <b>ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ</b>	Ημερομηνία: .....
Με ατομική μου ευθύνη και γνώση των εκ του άρθρου 22, παρ. 6 του Ν. 1599/1986 κυρώσεων, δηλώνω και βεβαιώνω ότι: <b>Α)</b> τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή, <b>Β)</b> ο δηλών ή/και το εξαρτώμενο μέλος: i) δεν απασχολούμαστε σε άλλον εργοδότη και ii) δεν έχουμε ατομική επιχείρηση <b>Υπογραφή:</b> .....	Υπογραφή κυρίως Ασφαλισμένου .....

(\*) Το παρόν χρησιμοποιείται για την υποβολή δικαιολογητικών ασθένειας ή/και ατυχήματος.