

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΑΓΩΓΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ
42702 ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ NN Hellas**

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		KAM:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Τ.Κ.			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)		ΤΗΛ:	
EMAIL (ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣ./ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ			
ΑΦΜ		ΔΟΥ:	
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ			
Συμπληρώστε τα στοιχεία του/της συζύγου και των τέκνων σας που επιθυμείτε να έχουν κάλυψη από τις παροχές που προβλέπονται από το Ομαδικό Αντασφαλιστήριο.			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ (ΣΥΖΥΓΟΣ Ή ΤΕΚΝΟ)	
Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία είναι πλήρη και αληθή και ότι έλαβα γνώση του καταστατικού του ΤΕΑ-ΕΛΤΑ (ΦΕΚ Β 2638/30-06-2020), το οποίο αποδέχομαι ανεπιφύλακτα. Εξουσιοδοτώ τις Αρμόδιες Υπηρεσίες ΕΛΤΑ Α.Ε. να παρακρατούν κάθε τρίμηνο το ποσό των αναλογούντων αντασφαλίσεων, από τις μηνιαίες αποδοχές μου και να το αποδίδουν στο ΤΕΑ-ΕΛΤΑ. Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω ενημερωθεί για την Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσής στο ΤΕΑ-ΕΛΤΑ και την ασφαλιστική εταιρεία NN Hellas για την επεξεργασία προσωπικών ή/και ευαίσθητων δεδομένων μου και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση αυτών για τους σκοπούς του Ταμείου. Η ανωτέρω συγκατάθεση ισχύει εφεξής για κάθε σχέση μου με το ΤΕΑ ΕΛΤΑ και μέχρι την καθ' οιονδήποτε τρόπο ανάκλησή της, χωρίς να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προ της ανάκλησής της.			
Ημερομηνία		Υπογραφή	