

Έντυπο Προσφοράς Ασφάλισης Υγείας TRUcare

Στοιχεία Προτείνοντα	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Στοιχεία Προτεινόμενων Εξαρτωμένων Προσώπων	
Σύζυγος	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Παιδί (τα εξαρτώμενα παιδιά είναι ηλικίας 30 ημερών μέχρι 18 ετών και μέχρι το 25 ^ο έτος αν είναι φοιτητές ή κληρωτοί στρατιώτες)	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Παιδί (τα εξαρτώμενα παιδιά είναι ηλικίας 30 ημερών μέχρι 18 ετών και μέχρι το 25 ^ο έτος αν είναι φοιτητές ή κληρωτοί στρατιώτες)	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Παιδί (τα εξαρτώμενα παιδιά είναι ηλικίας 30 ημερών μέχρι 18 ετών και μέχρι το 25 ^ο έτος αν είναι φοιτητές ή κληρωτοί στρατιώτες)	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Παιδί (τα εξαρτώμενα παιδιά είναι ηλικίας 30 ημερών μέχρι 18 ετών και μέχρι το 25 ^ο έτος αν είναι φοιτητές ή κληρωτοί στρατιώτες)	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

ΔΗΛΩΣΗ (απευθύνεται σε όλα τα προτεινόμενα πρόσωπα προς ασφάλιση)	
Εσείς ή τα εξαρτώμενα σας πρόσωπα πάσχετε ή πάσχατε από οποιαδήποτε πάθηση ή άλλη ιατρική κατάσταση;	
<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ </p>	

Όνομα Συνεργάτη/Προτείνοντα	Υπογραφή Συνεργάτη/Προτείνοντα	Ημερομηνία

