

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο/Η υπογράφ.... Δικηγόρος..... του.....,Μέλος του Δικηγορικού Συλλόγου Ιωαννίνων και του Λ.Ε.Α.Δ. Ιωαννίνων, κάτοικος Ιωαννίνων (οδός.....αριθμ.....), ενόψει της ισχύουσας ομαδικής ασφάλισης ζωής στην ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία GENERALI HELLAS ,η οποία , μετά από ανανέωση που έχει υπογραφεί από τον Λ.Ε.Α.Δ. Ιωαννίνων και τους άλλους ανά την Ελλάδα Λ.Ε.Α.Δ., ισχύει για το διάστημα από 1-1-2013 έως 31-12-2015 με τις βασικές και συμπληρωματικές καλύψεις που αναφέρονται στο υπαριθμ. GL/60000540-ΚΩΔΙΚΟΣ 0-8000 ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ και την ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΑΞΗ με αριθμό GL/5211/06 , που καλύπτει τους κυρίως ασφαλισμένους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους. Καλύπτει δαπάνες για Νοσοκομειακή περίθαλψη στο εσωτερικό και στο εξωτερικό , χειρουργικό επίδομα , ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα, επίδομα μητρότητας (δεν καλύπτει πρωτοβάθμια περίθαλψη), αλλά καλύπτει επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις ( πακέτα εξετάσεων ) με τιμές ειδικού χαμηλού τιμοκαταλόγου ,όπως : Check up για άνδρες και γυναίκες, Γενική αίματος, test κοπώσεως, καρδιολογικές εξετάσεις, U/S προστάτου, A/A θώρακος, PSA για άνδρες άνω των 40 ετών, test pap, μαστογραφία για γυναίκες άνω των 40 ετών, έλεγχος, θυρεοειδούς κλπ, όπως αναλυτικά αναφέρονται στο συμβόλαιο και στην πρόσθετη πράξη.

### Δηλώνω υπεύθυνα ότι

1)Επιθυμώ να συμμετάσχω-ενταχθώ στην ανωτέρω ομαδική ασφάλιση ο ίδιος ατομικά και η οικογένειά μου, που απαρτίζεται από τη σύζυγό μου ..... και τα παιδιά μου

1)..... που γεννήθηκε το έτος .....

2)..... που γεννήθηκε το έτος .....

3)..... που γεννήθηκε το έτος .....

2)Εκχωρώ στον Λ.Ε.Α.Δ. Ιωαννίνων το δικαίωμα να εισπράττει το συνολικό ποσό των ετησίων ασφαλίσεων που θα με βαρύνουν, από το ποσό που δικαιούμαι να λαμβάνω κάθε φορά από το Διανεμητικό Λογαριασμό Συμβολαίων και Απαλλοτριώσεων, που λειτουργεί στο Δικηγορικό Σύλλογο Ιωαννίνων καθώς και από οποιαδήποτε παροχή δικαιούμαι στο μέλλον από το Λ.Ε.Α.Δ.Ι.

**Ιωάννινα,**  
**Ο/Η Δηλ.....**