



ΤΥΠΕΤ

ΥΠ/ΝΣΗ ΜΗΤΡΩΟΥ
Τ: 210 3349522, 210 3349387
210 3349575, 210 3349518
F: 210 3211292
E: mitroo@typet.groupnbg.com

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΓΑΜΟΥ ΤΕΚΝΟΥ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

Παρακαλώ να παραμείνει ασφαλισμένο στο
ΤΥΠΕΤ το τέκνο μου
.....
με πλήρη ασφάλιση
με συμπληρωματική ασφάλιση (εφόσον εργάζεται).
Ο κύριος ασφαλιστικός του φορέας είναι
.....
Δηλώνω ότι το τέκνο μου είναι **άγαμο** και
κάθε χρόνο θα προσκομίζω τα απαραίτητα
δικαιολογητικά.
Υποχρεούμαι, επίσης, να ενημερώσω εντός δύο
(2) μηνών το Ταμείο Υγείας σε περίπτωση
οποιασδήποτε μεταβολής.

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΑΜ:

ΑΜΚΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

Τηλ:

Email:

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....

ΣΥΝ: