

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο/Η υπογραφ..... δικηγόρος

..... μέλος του Δικηγορικού Συλλόγου Ροδόπης και του ΛΕΑΔ Ροδόπης, κάτοικος Κομοτηνής (οδόςαριθμ.....), ενόψει της προωθούμενης απ' τον ΛΕΑΔ Ροδόπης, σε συνεργασία με άλλους ανά την Ελλάδα ΛΕΑΔ, κατάρτισης με ιδιωτική ασφαλιστική επιχείρηση ομαδικής ασφάλισης ζωής και συμπληρωματικών καλύψεων, με ιδιαίτερη έμφαση σε παροχές ευρείας υγειονομικής περίθαλψης για τους δικηγόρους μέλη των ΛΕΑΔ και των μελών των οικογενειών τους, τρίτους και αρχήν διάρκειας, που θα καλύπτει δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι του ποσού των 55.000 ευρώ ετησίως στο εσωτερικό και 65.000 ευρώ στο εξωτερικό και για σοβαρές ασθένειες μέχρι 65.000 ευρώ στο εσωτερικό και 85.000 ευρώ στο εξωτερικό, καθώς και χειρουργικό επίδομα μέχρι 6.600 ευρώ, ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα 60 ευρώ στο εσωτερικό και 120 ευρώ στο εξωτερικό και επίδομα μητρότητας 1000 ευρώ για φυσιολογικό τοκετό και 1500 ευρώ για καισαρική τμή και για την οποία ασφάλισή το ετήσιο ασφάλιστρο πιθανολογείται βασίμως στο ύψος των 150 με 170 ευρώ για τον άμεσα ασφαλισμένα και 350 με 380 ευρώ για το σύνολο της οικογένειας ανεξαρτήτως αριθμού μελών

Δηλώνω υπεύθυνα ότι

1. Επιθυμώ να συμμετάσχω-ενταχθώ στην προωθούμενη ανφτέρω ομαδική ασφάλιση ο ίδιος ατομικά και η οικογένειά μου, που απαρτίζεται απ' την σύζυγό μου και τα παιδιά μου 1)..... που γεννήθηκε το έτος 2) που γεννήθηκε το έτος 3) που γεννήθηκε το έτος
2. Εξουσιοδοτώ το Διοικητικό Συμβούλιο του ΛΕΑΔ Ροδόπης να προβεί στην υπογραφή της σχετικής συμβάσεως ομαδικής ασφάλισης μαζί με τα λοιπά ΛΕΑΔ.
3. Εγκχωρώ στον ΛΕΑΔ Ροδόπης το δικαίωμα να εισπράττει εκάστοτε το ποσό των οριστικών ετησίων ασφαλιστρων που θα με βαρύνουν, απ' το ποσό που δικαιούμαι να λαμβάνω κάθε φορά απ' τον Διανεμητικό Λογαριασμό Σύμβολαίων και Απαλλοτριώσεων, που λειτουργεί στον Δικηγορικό Σύλλογο Ροδόπης.

Κομοτηνή

Ο/Η Δηλ.....