

Έντυπο Προσφοράς Ασφάλισης Υγείας Student TRUcare

Στοιχεία Συμβαλλομένου	
Όνοματεπώνυμο Συμβαλλομένου	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Στοιχεία Προτεινόμενων Προσώπων προς Ασφάλιση	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα Προσώπου προς Ασφάλιση	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Χώρα Φοίτησης	
Διάρκεια Φοίτησης	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

ΔΗΛΩΣΗ (απευθύνεται σε όλα τα προτεινόμενα πρόσωπα προς ασφάλιση)	
Πάσχετε ή πάσχατε από οποιαδήποτε πάθηση ή άλλη ιατρική κατάσταση; NAI OXI	

Όνομα Συνεργάτη/Προτείνοντα	Υπογραφή Συνεργάτη/Προτείνοντα	Ημερομηνία