

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ**

<b>Όνομα Ασφαλισμένου:</b>	
<b>Αριθμός Απαίτησης</b>	<b>Αριθμός Συμβολαίου</b>
Ημερομηνία έναρξης ασθένειας	
Επάγγελμα ακριβώς προ της ανικανότητας ( εάν πέραν του ενός, δηλώστε όλα)	

**Κατάλογος ακριβή καθήκοντων του/των επαγγέλματος/ων σας**

<b>Περιγραφή κάθε καθήκοντος</b>	<b>Εβδομαδιαίες ώρες απασχόλησης</b>

<u>Περιγράψτε τις φυσικές απαιτήσεις του επαγγέλματος σας</u>

<u>Δηλώστε ποια απο τα πιο πάνω καθήκοντα σας δεν είσαστε ικανός να εξασκήσετε και γιατί:</u>

<u>Δηλώστε τη προηγούμενη επαγγελματική πείρα και μόρφωση:</u>
<u>Δηλώστε με τι μπορείτε ή θα μπορούσατε να ασχοληθείτε</u>

<u>Δηλώστε οτιδήποτε δυνατό να επηρεάζει την απαίτησή σας</u>

<u><b>ΔΗΛΩΣΗ</b></u> Δηλώνω ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθείς και ορθές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς που καθ' οιονδήποτε χρόνο με εξέτασαν, καθώς επίσης και οποιοδήποτε ασφαλιστικό γραφείο ή οργανισμό , να εφοδιάσουν την Ασφαλιστική Εταιρεία με οποιαδήποτε πιστοποιητικά ή πληροφορίες τους ζητήσει.	
Υπογραφή Ασφαλισμένου.....	Ημερομηνία.....
Μάρτυρας.....	Ημερομηνία.....