

Υπεύθυνη Δήλωση προς την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.

Εγώ, ο/η _____, του _____ και της _____, γεννηθείς/είσα στις _____, με Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου _____ δηλώνω ρητά και και υπεύθυνα ότι κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασής μου με την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. χρησιμοποίησα δικό/ή μου μεταφραστή/στρια, τον/την _____ του _____ με ΑΔΤ/Αρ. Διαβατηρίου _____ ο/η οποίος/α μου μετέφρασε από την Ελληνική στη μητρική μου γλώσσα το ακριβές περιεχόμενο των ερωτήσεων, όρων και δηλώσεων του ιατρικού ερωτηματολογίου στο οποίο υποβλήθηκα τηλεφωνικά, ενώ παράλληλα μετέφερε με ακρίβεια τις απαντήσεις και δηλώσεις μου από τη μητρική μου γλώσσα στην Ελληνική, προς τον εκπρόσωπο της ιατρικής ομάδας της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε..

Ημερομηνία: _____

Ο-Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)