

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ**  
**ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (ΟΙΚΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ)/**  
**HEALTH INSURANCE FOR NON-EU CITIZENS AND EMPLOYER'S LIABILITY INSURANCE PROPOSAL FORM**  
**(DOMESTIC SERVICES)**

**ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΣ/AGENT AND CODE:** .....

**Στοιχεία Εργοδότη/ Employer's Particulars:**

Όνομα/Name: .....

Ταχυδρομική Διεύθυνση/Postal Address: .....

Επάγγελμα ή Ασχολία/Profession: .....

Τηλ./Tel: .....

Φαξ/Fax: .....

Α.Δ.Τ/ Αρ. Εγγραφής: .....

Αρ. Μητρώου Εργοδ./Registry Employer Number:  
.....

**Στοιχεία Εργοδοτούμενου/ Employee's Particulars:**

Όνομα/ Name: .....

Ημερομηνία Γέννησης/ Date of Birth: ..... Φύλο/ Sex:  Άρρεν/ Male  Θήλυ/ Female

Αρ. Διαβατηρίου/ Passport Number: ..... Αρ. Κοινων. Ασφ./Social Ins. No.: .....

Ετήσιες Ακαθάριστες Απολαβές/ Annual Gross Earnings: €.....

Τόπος Συνήθους Διεξαγωγής Εργασιών/ Usual Place of Business: .....

Περιγραφή Διεξαγόμενων Εργασιών/ Description of Duties: .....

**Επιθυμητή Κάλυψη/ Desired Cover:**

**Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη/ Employer's Liab. Insurance**

Όρια Ευθύνης/ Limits of Indemnity:

- Για κάθε Εργοδοτούμενο/ Single Employee Limit : € 160.000
- Για κάθε περιστατικό/ Limit of indemnity per event or series of events : €3.415.000
- Για οποιαδήποτε περίοδο ασφάλισης/ Aggregate limit of indemnity for any period of insurance : €5.125.000

**Ασφάλιση Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης Αλλοδ. Εργοδοτούμενων/ Health insurance for non-EU citizens**

Σχέδιο Α – Με Εξωνοσοκομειακή/ Plan A – Outpatient Treatment

Σχέδιο Β – Χωρίς Εξωνοσοκομειακή/ Plan B – Inpatient Treatment

Περίοδος Ασφάλισης/ Period of Insurance: Από/ From: / / Μέχρι/ To: / /

**Να απαντηθούν όλες οι Ερωτήσεις από τον Εργοδότη:**

1. Διατηρείτε σε ισχύ οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την Εταιρεία μας; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες/ Do you have in force any other Policies with our Company? If yes, provide details:

.....

Μονογραφή/ Sign: .....

2. Έχει υποστεί Εργοδοτούμενος σας ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια τα τελευταία πέντε χρόνια; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες/ Provide details of any accident or occupational disease suffered by an employee of yours within the last five years :

.....  
 .....

**Να απαντηθούν όλες οι Ερωτήσεις από τον Εργοδοτούμενο/ All questions should be answered by the Employee :**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Είχατε ή έχετε προβλήματα υγείας ή οποιοδήποτε φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία;/Did you ever suffer or are you suffering from any medical condition/disease physical disorder or invalidity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχετε υποβληθεί σε οποιαδήποτε διαγνωστική εξέταση ή έχετε κάνει οποιοσδήποτε άλλες εξετάσεις; (π.χ. καρδιογράφημα, ακτινογραφίες αναλύσεις αίματος, Aids κτλ)/ Have you ever undergone any diagnostic or laboratory examinations (cardiogram, x-rays blood tests, AIDS test, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Νοσηλευθήκατε σε νοσοκομείο, κλινική, σανατόριο ή άλλο παρόμοιο ίδρυμα για οποιανδήποτε αιτία; Αναφέρετε χειρουργικές επεμβάσεις κτλ./ Have you ever been hospitalized for any reason? If yes, state the reason and report surgical procedures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Χρησιμοποιείτε οποιαδήποτε μηχανήματα που έχουν σχέση με την φύση της εργασίας σας;/ Will you use any machinery associated with the nature of your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Μόνο για Γυναίκες/ Only for Women: :</b>		
(i) Είχατε ποτέ ή έχετε οποιασδήποτε φύσεως γυναικολογικές διαταραχές;/ Have you ever had or have problems with menstrual, hormonal or any other gynaecological disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) Είστε τώρα έγκυος;/ Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αν η απάντησή σας σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες/ If you replied YES to any of the above questions, please provide details:

.....  
 .....

**ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις που δίδονται στην Πρόταση είναι αληθείς και δεν έχω αποκρύψει, αποσιωπήσει ή παραστήσει ψευδώς οποιοσδήποτε πληροφορίες οι οποίες δυνατό να επηρεάσουν την απόφαση της Εταιρείας σχετικά με την αποδοχή της Πρότασης μου.

Συμφωνώ ότι αν οποιοσδήποτε πληροφορίες έχουν δοθεί από οποιοδήποτε πρόσωπο εκτός από τον εαυτό μου, το πρόσωπο αυτό θα θεωρείται αντιπρόσωπος μου για τον σκοπό αυτό.

Συμφωνώ όπως η Πρόταση θεωρηθεί ως να ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο και αποτελέσει την βάση της σύμβασης μεταξύ μου και της Εταιρείας και δέχομαι το Ασφαλιστήριο υπό την μορφή που εκδίδεται από την Εταιρεία για την Ασφάλεια που προτείνεται τώρα. Συμφωνώ επίσης να ειδοποιώ την Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη αλλαγή στον κίνδυνο.

**DECLARATION**

I hereby declare that the answers provided in the Proposal are true to the best of my knowledge and I have not withheld, concealed or misrepresented any information which might affect the Company's decision in relation to the acceptance of this Proposal.

I agree that if any information has been given by any person other than myself, this person will be considered as acting on my behalf for this purpose.

I agree that this Proposal is considered as forming part of the Policy and becomes the basis of the contract between myself and the Company and I accept the Policy as this is issued by the Company for the Insurance that is now proposed, I also agree to inform the Company for any substantial changes to the risk to be insured

.....  
 Υπογραφή Εργοδότη

.....  
 Υπογραφή Εργοδοτούμενου

.....  
 Ημερομηνία