

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο στα Ελληνικά.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – Προσωπικά στοιχεία

1.1 Προτείνοντας / Εργοδότης

Πλήρες όνομα:

Γ.Ε.Μ.Η.:

Α.Φ.Μ.

Διεύθυνση εγγεγραμμένης έδρας:

Κινητό τηλέφωνο:

Άλλο τηλέφωνο:

Φαξ:

Email:

1.2 Υπάλληλοι του Εργοδότη που αιτούνται κάλυψη

(Ο/Η κάθε υπάλληλος που αιτείται να συμπεριλάβει στην κάλυψη τον εαυτό του/της και την οικογένειά του/της θα πρέπει να συμπληρώσει ξεχωριστή Πρόταση Ατομικής Ασφάλισης MediPlus)

A/A	Πλήρες όνομα	Α.Φ.Μ.	Ημερ. Γεννήσεως (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – Τα στοιχεία της κάλυψης σας:

2.1 Επιλογή σχεδίου

BASIC

ADVANCED

2.2 Συχνότητα & τρόπος πληρωμής

Τα Ασφάλιστρα καταβάλλονται μόνο σε ευρώ.

Ετήσια

Εξαμηνιαία

Τριμηνιαία*

Μηνιαία*

*Η επιλογή αυτή είναι διαθέσιμη μόνο μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής.

Μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής

Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

2.3 Επιλογή ημερομηνία έναρξης Ασφαλιστικής Περιόδου

Ημερομηνία που θα εγκρίνουμε την Πρόταση

Άλλη:

(HH/MM/XXXX)

Σε καμία περίπτωση η ημερομηνία έναρξης δύναται να είναι πριν την ημερομηνία υποβολής της Πρότασης αυτής ή 30 ημέρες μετά την υπογραφή της.

2.4 Επιλογές ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου

Επιλογή Α: Κάλυψη βάσει πλήρους συμπληρωμένης Πρότασης

Επιλογή Β: Κάλυψη βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο

Σε περίπτωση που επιλέξατε την **Επιλογή Β** ως πιο πάνω, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε την πιο κάτω Δήλωση:

Υπεύθυνη Δήλωση

Εμείς, _____ επιβεβαιώνουμε ότι το ασφαλιστήριο υγείας / νοσηλείας / ιατροφαρμακευτικών εξόδων αριθμός: _____ βρίσκεται σε ισχύ με την ασφαλιστική εταιρεία _____, αναγνωρίζουμε ότι οι όροι του ασφαλιστηρίου MediPlus διαφέρουν από το υφιστάμενο μας ασφαλιστήριο και αποδεχόμαστε ότι η προτεινόμενη κάλυψη βασίζεται στην προϋπόθεση ότι κατά την έναρξη της Ασφαλιστικής Περιόδου – με δική μας ευθύνη – θα ακυρώσουμε την κάλυψη του υφιστάμενου μας ασφαλιστηρίου.

Υπογραφή Προτείνοντα / Εργοδότη:

Υπογράφων (πλήρες όνομα):

Ημερομηνία:

(HH/MM/XXXX)

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – Δήλωση

Δηλώνουμε ότι έχουμε λάβει γνώση και αποδεχόμαστε ότι η κάλυψη για κάθε υπάλληλο μας ή/και μέλος της οικογένειας του ξεκινά μετά την γραπτή αποδοχή της Πρότασης αυτής και της ξεχωριστής Πρότασης Ατομικής Ασφάλισης MediPlus από την Ασφαλιστική Εταιρεία.

Περαιτέρω δηλώνουμε ότι έχουμε λάβει όλη τη σχετική προσυμβατική ενημέρωση και πληροφόρηση σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Νόμου.

Υπογραφή Προτείνοντα / Εργοδότη:

Υπογράφων (πλήρες όνομα):

Ημερομηνία:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)