

Έντυπο Προσφοράς Ασφάλισης Υγείας Αλλοδαπού

Στοιχεία Συμβαλλομένου (φυσικό πρόσωπο)	
Όνοματεπώνυμο Συμβαλλομένου προσώπου	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Στοιχεία Συμβαλλομένου (εταιρεία)	
Όνομασία εταιρείας	
Αριθμός Εγγραφής	
Είδος εργασιών	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Πρόσωπο Επαφής	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Στοιχεία Προτείνοντα προς Ασφάλιση	
Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα	
Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Ημερομηνία Γεννήσεως	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

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

Όνομα Συνεργάτη/Προτείνοντα	Υπογραφή Συνεργάτη/Προτείνοντα	Ημερομηνία