

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ**  
**PROPOSAL MEDICO-PHARMACEUTICAL FOR FOREIGNERS**

**Στοιχεία Προτείνοντα/ Proposer Details**

Εργοδότης ή Προτείνοντα /Employer or Proposer\*.....  
Ταυτότητα Προτείνοντα/ Proposer ID\*.....  
Επαρχία/District\*.....  
Διεύθυνση και Αριθμός /Address and Number\*.....  
Κινητό Τηλέφωνο Επικοινωνίας /Mobile Contact Telephone\*.....  
Άλλα τηλέφωνα Επικοινωνίας/ Other Contact Telephone.....  
Email..... Fax.....

**Λεπτομέρειες Ασφαλιζομένου Αλλοδαπού/ Details of Insured Foreigner**

Πλήρες Όνομα/ Full Name\*.....  
Αριθμός Διαβατηρίου /Number of Passport\*.....  
Ημερομ. Γέννησης /Date of Birth\*.....  
Διεύθυνση και Αριθμός (αν διαφέρει από τον προτείνοντα)  
Address and Number (if it is different from the proposer).....  
Τηλέφωνο Επικοινωνίας (αν διαφέρει από τον προτείνοντα)  
Contact Telephone (if it is different from the proposer).....  
Φύλο /Gender\*.....  
Επάγγελμα/Occupation\*.....  
Εθνικότητα/Nationality\*.....  
Περίοδος Ασφάλισης /Insurance Period\*.....  
Έναρξη Ασφάλισης /Insurance Start Date\*.....

\*Υποχρεωτικά Πεδία/ Required Fields