

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ MULTICARE

ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (Να συμπληρωθεί από τον εργοδότη ή οποιονδήποτε εξουσιοδοτημένο υπάλληλο)

Όνομα Εταιρείας:.....
 Διεύθυνση:.....
 Είδος εργασίας ή εμπορίου:.....
 Αρ. Εγγραφής Εταιρείας:.....
 Αρ. Τηλεφώνου:..... Αρ. Φαξ:.....
 Θυγατρικές Εταιρείες (αν υπάρχουν):.....
 Ολικός Αριθμός Υπαλλήλων:..... Αριθμός Υπαλλήλων που θα ασφαλιστούν:.....

Υπάλληλοι που δικαιούνται να ασφαλιστούν κάτω από την Ομαδική Συμφωνία:

- Όλα τα άτομα που εργάζονται τώρα για την εταιρεία: Ναι ☐ Όχι ☐
- Αν όχι, παρακαλώ διευκρινίστε την κατηγορία/ες των Υπαλλήλων που θα συμπεριληφθούν:

Όνομα Υπεύθυνου/ Χειριστή Σχεδίου:.....
 Θέση:.....
 Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... Ηλ. Διεύθυνση:.....

Συχνότητα Πληρωμής: Μηνιαίως ☐ Τριμηνιαίως ☐ Εξαμηνιαίως ☐ Ετησίως ☐

Τρόπος Πληρωμής: Επιταγή/Τρ, επιταγή ☐ Αυτόματη Τραπεζική εντολή ☐
 (Μόνο για ετήσια πληρωμή)

Γλώσσα επικοινωνίας: Ελληνικά ☐ Αγγλικά ☐

Παρακαλώ όπως επισυναφθεί η προσφορά που έχει γίνει αποδεκτή και σημειωθεί πιο κάτω το σχέδιο επιλογής (ωφελήματα και ύψος κάλυψης)

ΔΗΛΩΣΗ

Με το παρόν έγγραφο δηλώνουμε ότι όλα τα πιο πάνω είναι πλήρη, αληθή και ορθά και ότι δεν έχουμε παρακρατήσει ή αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία και συμφωνούμε ότι αυτή η Αίτηση και Δήλωση θα είναι η βάση της Συμφωνίας μεταξύ εμάς και της Universal Life Insurance Public Company Limited και ότι είμαστε διατεθειμένοι να δεχτούμε το Συμβόλαιο σύμφωνα με τους όρους, εξαιρέσεις και κανονισμούς που αναγράφονται σ' αυτό.

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή Εργοδότη
 (Να υπογραφεί από τον εργοδότη ή οποιονδήποτε εξουσιοδοτημένο υπάλληλο)

Υπογραφή Υπεύθυνου/ Χειριστή Σχεδίου

Ημερομηνία έναρξης Συμβολαίου:.....

Σημείωση: Η υποχρέωση της Universal Life δεν αρχίζει μέχρι να γίνει η πρόταση αποδεκτή και το πρώτο ασφάλιστρο να πληρωθεί.