



Pantherinae Insurance Brokers

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ / ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
IMMIGRATION MEDICAL / EMPLOYERS LIABILITY INSURANCE POLICY CANCELATION FORM**

Ασφαλιστική Εταιρεία
Insurance Company **PANTHERINAE INSURANCE BROKERS**

Αρ. Συμβολαίου
Policy number

Ημερομηνία Έναρξης
Start ng Date

Ημερομηνία Λήξης
Expiration Date

Ονοματεπώνυμο Εργοδότη
Name of the Employer

Ονοματεπώνυμο Αλλοδαπού
Name of the Employee

Αρ. Ταυτότητας Εργοδότη
Employer's ID Number

Αρ. Διαβατηρίου
ID/Passport No.

Με τη δήλωση αυτή ζητώ από την Ασφαλιστική Εταιρία να ακυρώσει την ασφαλιστική κάλυψη του πιο πάνω συμβολαίου / *With this declaration I hereby ask the Insurance Company to cancel the insurance cover of the above mentioned policy* Λόγοι Ακύρωσης Συμβολαίου / *Cancellation Reason*

Μου έχει εξηγηθεί και έχω πλήρως κατανοήσει πως ακυρώνοντας την Ασφαλιστική Κάλυψη του αλλοδαπού που απασχολώ/ουσα, υπεύθυνος για την κάλυψη και πλήρη εξόφληση οποιονδήποτε Ιατροφαρμακευτικών Εξόδων εγερθούν από την ημερομηνία ακύρωσης θα είμαι προσωπικά υπεύθυνος εγώ και σε καμιά περίπτωση η Ασφαλιστική Εταιρεία, μέχρι να γίνει εγγραφή σε νέο εργοδότη ή να αναχωρήσει από την Κύπρο.
It has been explained to me and I have fully understood that by canceling the Insurance Coverage of the foreigner I employ/ed, I will be personally responsible for covering and full reimbursement of any Medical Expenses incurred from the date of cancellation and in no case the Insurance Company, until foreigner is registered with a new employer or leaves Cyprus.

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Κατόχου Ασφαλιστηρίου ή Εξουσιοδοτημένου ατόμου
Name, ID No. & Signature of Policyholder or Authorized Person

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Μάρτυρα
Name, ID No. & Signature of Witness

Δήλωση Εργοδοτούμενου / Employee's Declaration

Με το παρόν επιβεβαιώνω ότι έχω φύγει από την εργοδότηση του πιο πάνω εργοδότη και δεν έχω οποιαδήποτε απαίτηση σε σχέση με την Ιατροφαρμακευτική μου ασφάλεια.
Παρακαλώ να ακυρωθεί η ασφάλειά μου.

I hereby confirm that I have left the employment of the employer named above and that I have no claim what so ever with regards to my Medical Insurance Cover. Please cancel my insurance.

Date of Release

Employee Signature

Ημερομηνία Ακύρωσης
Date of Cancellation