

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ**  
**POLICY CANCELLATION FORM IMMIGRATION MEDICAL INSURANCE**

<b>Ασφαλιστική Εταιρεία</b> <i>Insurance Company</i> .....	<b>Αρ. Συμβολαίου</b> <i>Policy Number</i> .....
<b>Ημερομηνία Έναρξης</b> <i>Starting Date</i> .....	<b>Ημερομηνία Λήξης</b> <i>Expiration Date</i> .....
<b>Όνοματεπώνυμο Εργοδότη</b> <i>Name of the Employer</i> .....	<b>Όνοματεπώνυμο Αλλοδαπού</b> <i>Name of the Employee</i> .....
<b>Αρ. Ταυτότητας Εργοδότη</b> <i>Employer's ID Number</i> .....	<b>Αρ. Διαβατηρίου</b> <i>ID/Passport No.</i> .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Μου έχει εξηγηθεί και έχω πλήρως κατανοήσει πως ακυρώνοντας την Ασφαλιστική Κάλυψη του αλλοδαπού που απαχολώ/ουσα, υπεύθυνος για την κάλυψη και πλήρη εξόφληση οποιονδήποτε Ιατροφαρμακευτικών Εξόδων εγερθούν από την ημερομηνία ακύρωσης και μετά 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.**  
*I have been informed and totally understood that cancelling the Medical Coverage of the Foreigner, whom I employed assigns me fully responsible for coverage and settlement of any account of medical expenses raise from the date of the cancellation and in no matter the Insurance Company, until the foreigner goes to another employer or departs 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**

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 .....

Employer Signature .....

**Ημερομηνία Ακύρωσης**  
*Date of Cancellation*

.....