

► Στοιχεία Ασφαλισμένου / Insured Details

Όνοματεπώνυμο / Full Name: _____

Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου / ID Card No. / Passport: _____ Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: _____ Άρρεν / Male Θήλυ / Female Ύψος / Height: _____ Βάρος / Weight: _____

Διεύθυνση Κατοικίας / Residential Address: _____ Κωδικός / Postal Code: _____ Πόλη/ City: _____

Επάγγελμα / Occupation: _____

Τηλ. / Tel.: _____ E-mail: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Correspondence Address: _____ Κωδικός / Postal Code: _____ Πόλη/ City: _____

► Στοιχεία Συμβαλλόμενου / Policy Holder's Details

Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία Εταιρείας / Full Name/Company Name: _____

Επάγγελμα/Occupation: _____

Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/Εγγρ. Εταιρείας / ID Card No./Passport/Registration No.: _____ Ημερ. Γέννησης / Date of Birth: _____

Τηλ. / Tel.: _____ E-mail: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Correspondence Address: _____

_____ Κωδικός / Postal Code: _____ Πόλη/ City: _____

► Πίνακας Παροχών Ασφαλιστηρίου για ΙΚΑΡΟΣ / Schedule of Benefits for IKAROS

ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ / BENEFITS	ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ / COVERAGE RATE
Θάνατο από Ατύχημα/Death of Accident	€5000.-
Επείγουσα Αερομεταφορά από την Greek Flying Doctors / Urgent Air Ambulance from Greek Flying Doctors	✓
Δεύτερη Ιατρική Γνωμάτευση από το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών / Second Medical Opinion from Athens Medical Center	✓
Διεθνής Υπηρεσίες Εκτάκτου Ανάγκης Assist America / Global Emergency Services Assist America	✓

► Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων / Premium Payment Methods

Τρόπος Πληρωμής / Method of Payment Ετήσιος / Annualy Μετρητά / Cash Με τραπεζική εντολή / Direct Debit

Ασφάλιστρο / Premium € _____ Προκαταβολή / Deposit _____ Ημερομηνία / Date _____

► Περίοδος Αφάλισης / Insurance Period

από / from _____ μέχρι / to _____

► Λεπτομέρειες Εξαρτωμένων Προσώπων / Dependants Details

A/A S/N	Όνομα First Name	Επώνυμο Surname	Ημερ. Γέννησης Date of Birth	Ύψος (σε εκ.) Height (cm)	Βάρος (σε κιλά) Weight (kg)	Επάγγελμα Occupation	Αρ. Ταυτότητας I.D. No.	Σχέση με Συμβαλλόμενο Relation to Policy Holder

► Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού / Statement of Medical History

Παρακαλούμε όπως όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις απαντηθούν πλήρως για όλα τα προτεινόμενα προς ασφάλιση άτομα / Please fully answer all the below questions for all the proposed Insureds.

ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO

1. Είστε πλήρως υγιής; / State whether you are completely healthy.

2. Πάσχετε από οποιαδήποτε φυσική αναπηρία ή ανικανότητα; / Do you suffer from any physical disability or inability?

3. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 5 χρόνων έχετε συμβουλευτεί γιατρό ή έχετε πρόθεση να συμβουλευτείτε γιατρό για ατυχήματα, ασθένειες ή ιατρικές εξετάσεις; / During the past 5 years, have you ever consulted a doctor or have the intension of consulting one for accidents, illnesses and/or medical examinations?

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / If YES, give details _____

Ημερομηνία / Date _____ Ασθένεια ή Ατύχημα / Illness or Accident _____

Όνομα Ιατρού / Doctor's Name _____ Διάρκεια Ανικανότητας / Duration of disability _____

4. Έχετε διαγνωσθεί ότι υποφέρετε από: διαβήτη, πίεση αίματος, ασθένεια ματιών, αυτιών, καρδίας, πνευμόνων, καρκίνο ή οποιαδήποτε άλλη αρρώστια; / Have you been diagnosed with suffering: diabetes, blood pressure, eye disease, ear disease, heart disease, lung disease, cancer or any other illness?

5. Έχετε άλλη ασφάλεια ατυχημάτων; Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / Do you have any other accident insurance policy? If YES, give details.

Όνομα Εταιρείας / Company Name _____

► ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω/ουμε ότι εκτός από τα πιο πάνω, οποιαδήποτε άλλη πληροφορία έχετε συγκεντρώσει από μένα/μας παραμένει ως έχει, ως ήδη σας έχω/ουμε δηλώσει στην αρχική μου/μας πρόταση. Δηλώνω/ουμε ότι ο,τιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ/ούμε επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα/μας, θα αποτελέσει τη βάση του ασφαλιστηρίου αυτού μεταξύ μου/μας και της ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θα θεωρείται δικός/μας αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ.

We declare that besides the above, any other information obtained from me/us remains the same as the information I/we have already provided to you in my/our previous proposal. We declare and warrant that after enquiry all statements and particulars contained in this Proposal and addend are true and that no information whatever has been withheld which might increase the risk of YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD or influence the acceptance of this Proposal and should the above particulars alter in any way I/we will advise YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD as soon as practicable. I/we understand that failure to disclose any material facts which would be likely to influence the acceptance and assessment of the Proposal may result in YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD refusing to provide indemnity or voiding the policy in every respect. I/we hereby agree and accept that this Declaration shall be the basis of the contract between both parties if entered into.

Υπογραφή / Signature _____

Ημερ. / Date _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured's Signature _____

Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Policy Holder Signature _____

► ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ / AGENT'S DECLARATION

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαραίτητες εξηγήσεις/διευκρινίσεις έχουν δοθεί στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στον Προτείνοντα και ότι δεν γνωρίζω οτιδήποτε άλλο που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της Εταιρείας σχετικά με την ασφαλισσιμότητα του Κυρίως Ασφαλισμένου προσώπου και των προς ασφάλιση εξαρτωμένων προσώπων. / I hereby declare that all necessary explanations/clarifications have been given to the insured person and the Proposer and I do not know anything else that could affect the decision of the Company in connection with the insurability of the main insured person and of the insured dependants.

Όνοματεπώνυμο Αντιπροσώπου / Agent's Full Name _____ Κωδικός Αντιπροσώπου / Agent's Code Number _____

Ημερομηνία/Date _____ Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature _____