



**ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**  
**Κεντρικά Γραφεία:**  
Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα  
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 82 98  
ydrogios@cytanet.com.cy  
[www.ydrogios.com.cy](http://www.ydrogios.com.cy)

Αρ. Συμβολαίου Policy No.	
Κωδ. Αντιπροσώπου Agent's Code	
Όνομα Αντιπροσώπου Agent's Name	

06/18

## **ΠΡΟΤΑΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ** **PROPOSAL FORM FOR MEDICAL INSURANCE FOR FOREIGNERS**

ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ / EMPLOYEE  ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ / VISITOR

### **ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / INSURED**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / ID Number, ARC: \_\_\_\_\_

Αρ. Ταυτότητας / ID Number, Αριθμός Διαβατηρίου / Passport Number, ARC: \_\_\_\_\_

Ημ. Γέννησης / Date of Birth: \_\_\_\_\_ Τόπος Γέννησης / Place of Birth: \_\_\_\_\_

Ελεύθερος/η  Παντρεμένος/η  Φύλο A / M  Ύψος / Height: \_\_\_\_\_ Βάρος / Weight: \_\_\_\_\_  
Single Married Sex: Θ / F

Διεύθυνση Διαμονής / Residential Address: \_\_\_\_\_ Τ.Τ. / P.C.: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα / Είδος Εργασίας Occupation / Type of work: \_\_\_\_\_ Τηλ / Tel: \_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ PERIOD OF INSURANCE: Από / From \_\_\_\_\_ Μέχρι / To \_\_\_\_\_

**ΓΙΑ ΟΙΚΙΑΚΕΣ ΒΟΗΘΟΥΣ ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ / FOR HOUSEKEEPERS WITH EMPLOYER'S LIABILITY:** ΝΑΙ  ΟΧΙ  Αν ναι, δηλώστε τις ακαθαριστές απολαβές  
YES  NO  If yes, indicate the gross salary: \_\_\_\_\_

### **ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / POLICYHOLDER**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / I.D. Number: \_\_\_\_\_

Ημ. Γέννησης / Date of Birth: \_\_\_\_\_ Αρ. Μητρώου Εργοδότη / S.I. No.: \_\_\_\_\_

Αρ. Εγγρ. Εταιρείας / Company Registration No.: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα / Occupation: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Correspondence Address: \_\_\_\_\_ Τ.Τ. / P.C.: \_\_\_\_\_

Διεύθυνσης Εργασίας / Work Address: \_\_\_\_\_ Τ.Τ. / P.C.: \_\_\_\_\_

Τηλ / Tel: \_\_\_\_\_ Φαξ / Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Τρόπος πληρωμής/Payment method:** Μετρητά/Cash:  Τραπεζική εντολή / Direct Debit:  Επιταγή / Cheque:

Ασφάλιστρο/Premium: € \_\_\_\_\_ Προκαταβολή/Down payment € \_\_\_\_\_ Ημερομηνία/Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ / MEDICAL HISTORY OF PROPOSED INSURED**

Παρακαλώ σημειώστε  στο κατάλληλο τετραγωνάκι και αναφέρετε σχετικές πληροφορίες στις περιπτώσεις που το  σημειώνεται στο τετράγωνο «ΝΑΙ».

Please mark  in the suitable box below and provide appropriate information in the case where  is completed as «YES»

1. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ανικανότητα ή δισκοπάθεια ή κήλη ή κιρσούς ή ελαττωματική όραση ή ακοή ή απ' οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια; / Do you suffer from any disability, slipped disc, hernia, varicose, defective vision / hearing or long term illness? ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

2. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή έχετε οποιαδήποτε ασθένεια ή κατάσταση για την οποία είχατε συμβουλευθεί ή σας είχαν εισηγηθεί ότι μια χειρουργική επέμβαση είναι αναγκαία σε κάποια στιγμή; / Have you ever required surgery, or suffer from any other illness or condition that you have been advised that surgery will be required at some moment in time? ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

3. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ασθένεια ή αρρώστια ή έχετε οποιαδήποτε συμπτώματα; / Do you suffer from any illness or disease or suffer from any symptoms? ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

4. (α) Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση του γιατρού σας:

(a) State the name and address of your doctor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Τα τελευταία πέντε χρόνια / In the last five years:

(α) Έχετε μείνει σαν εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο ή κλινική; / Have you have remained as an internal patient in hospital or clinic?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

(β) Επισκεφθήκατε ειδικό γιατρό; / Have you visited a specialist?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

(γ) Επισκεφθήκατε το γιατρό σας ή παθολόγο; / Have you visited your doctor or general practitioner?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / OTHER INFORMATION

1. Έχει ποτέ απορριφθεί ή γίνει δεκτή με ειδικούς όρους αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής ή Ατυχημάτων ή Νοσηλευτικών Εξόδων ή Ασθένειας ή έχει οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει συμβόλαιο σας ή ζήτησε να επιβάλει ειδικούς όρους; Has your proposal ever been accepted after special conditions have been applied for cover, personal accident, or hospital expenses cover? Has any other insurance company cancelled or declined to renew or imposed special conditions or renewal?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Έχετε υποβάλει αίτηση κάτω από συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων ή Ασθένειας ή Νοσηλευτικών Εξόδων; Have you submitted at any other time a proposal form Personal Accident or illness or Medical Expenses Cover?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Έχετε σε ισχύ ασφάλεια έναντι ατυχημάτων ή ασθένειας ή ιατρικών εξόδων; Do you presently have insurance policy covering illness, accident or medical expenses?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Παίρνετε οποιαδήποτε αποζημίωση από τον εργοδότη σας ή από άλλο ταμείο για ιατρικά έξοδα; Do you receive any compensation from your employer or from other fund for medical expenses?

ΝΑΙ  ΟΧΙ   
YES  NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Αναφέρετε πλήρεις λεπτομέρειες των ταξιδιών σας, δίδοντας τόπο, συχνότητα και διάρκεια. / Report complete details of your travels, giving place, frequency and duration.

\_\_\_\_\_

6. Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των σπόρτ με τα οποία ασχολείστε. / Give complete details of sport that you participate.

\_\_\_\_\_

## ΔΗΛΩΣΗ / STATEMENT

Δηλώνω ότι όλες οι απαντήσεις είναι ορθές και αληθείς, ότι είμαι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, συμφωνώ δε ότι η Αίτηση αυτή μαζί με τη Δήλωση θα αποτελέσουν τη βάση για τη σύμβαση μεταξύ μου και της ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ. και ότι είμαι πρόθυμος να αποδεχτώ το συμβόλαιο σύμφωνα με τους όρους, εξαιρέσεις και κανονισμούς που περιγράφονται σ' αυτό. Εξουσιοδοτώ την Εταιρεία όπως αποταθεί για ιατρικές πληροφορίες σε οποιοδήποτε ιατρό που καθ' οιονδήποτε χρόνο με παρακολούθησε, που αφορούν την φυσική ή πνευματική μου κατάσταση και όπως συλλέξει πληροφορίες από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία που αποτάθηκα για ασφαλιστήριο Ιατρικής Περιθαλψής, εξουσιοδοτώ δε τους πιο πάνω όπως δώσουν οποιοδήποτε πληροφορίες ζητηθούν και συμφωνώ ότι αυτές οι πληροφορίες (μαζί με τις πληροφορίες που θα δοθούν από μένα στην ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ. γραπτώς) θα αποτελέσουν μέρος της Αίτησης αυτής. Η Εταιρεία δεν έχει καμιά υποχρέωση μέχρις ότου η Αίτηση γίνει αποδεκτή και το πρώτο ασφάλιστρο πληρωθεί, συμφωνώ δε ότι οποιοδήποτε ποσό έχω πληρώσει θα μου επιστραφεί αν η Αίτηση μου δεν γίνει αποδεκτή από την Εταιρεία.

I declare, that all the answers are true, that I am in good condition of health and have not withheld any essential information, I agree that this Application and the statements constitute the base of the contract between me and the Ydrogios Insurance Company (Cyprus) Ltd I am willing to accept a contract according to the terms, exceptions and regulations that are described in this. I permit the Company to request medical information from any insurance company that I have applied for insurance cover for Medical Care, I permit the above to give any information that they are asked and agree that this information with the information that will be given by me to Ydrogios Insurance Company of (Cyprus) Ltd. will constitute part of this Application. The Company does not have any obligation until the Application becomes acceptable and the first premium is paid, I agree that any sum I have paid will be returned if my application does not become acceptable to the Company.

Υπογραφή Ασφαλισμένου \_\_\_\_\_  
Insured Signature

Υπογραφή Αντιπροσώπου \_\_\_\_\_  
Agent's Signature

Υπογραφή Συμβαλλόμενου \_\_\_\_\_  
Policy Holder's Signature

Ημερ. / Date: \_\_\_\_\_