

**16. Για Γυναίκες Μόνο/For Female applicants only:**

• Παρακαλώ δηλώσε παθήσεις μαστών ή / και γεννητικών οργάνων/Please state any breast and/or genital organs disorders.

Είστε έγκυος/Are you presently pregnant?  ΝΑΙ/YES  ΟΧΙ/NO  
 • Αν ναι, πόσο μηνών;/If so, please state in which month

**17. Για Άνδρες Μόνο/For Male applicants only:**

• Έχετε υπηρετήσει ή υπηρετείτε τώρα κανονικά την Στρατιωτική σας Θητεία;/Have you regularly served or are you now serving your military service?

• Αν έχετε πάρει απαλλαγή για οποιοδήποτε λόγο παρακαλώ προσκομίστε δικαιολογητικά;/If not, please supply us with a photocopy of your release report

**18. Οικογενειακό ιστορικό:**

Υπέφεραν ή υποφέρουν οι γονείς ή τα αδέρφια σας (είτε εν ζωή είτε όχι) από διαβήτη, καρδιοπάθεια, όγκο ή καρκίνο, νόσο Huntington's, πολυκυστικά νεφρά, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκας σκλήρυνση, νευροπάθειες, υπέρταση ή οποιαδήποτε άλλη κληρονομική ασθένεια;/Has any of your parents or siblings (whether alive or not) ever suffered or are suffering now from diabetes, heart disease, tumors or cancer, Huntington's Chorea, polycystic kidneys, stroke, multiple sclerosis, neuropathies, hypertension or other hereditary disease?

19. Παρακαλώ δηλώστε το όνομα και διεύθυνση του προσωπικού οικογενειακού σας γιατρού./ Please state the name and address of your personal medical attendant.

ΑΡ. ΕΡΩΤ. QUEST.No.	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ/DETAILS

**► 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 οτιδήποτε 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 αποτελεί 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 μου/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 addenda 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.

Υπογράφηκε στην / Signed in  την / on the

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 ασφαλισιμότητα 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

**Κεντρικά Γραφεία:**  
 Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα,  
 Τ.Θ. 40378, 6303 Λάρνακα  
 Τ: (+357) 24 200 800 F: (+357) 24 82 82 99  
 E: ydrogios@cytanet.com.cy  
[www.ydrogios.com.cy](http://www.ydrogios.com.cy)

**Head Office:**  
 Ydrogios House, 2 Medousis str., 6059 Larnaca,  
 P.O.Box 40378, 6303 Larnaca  
 Τ: (+357) 24 200 800 F: (+357) 24 82 82 99  
 E: ydrogios@cytanet.com.cy  
[www.ydrogios.com.cy](http://www.ydrogios.com.cy)

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ  
 PERSONAL ACCIDENTS PROPOSAL FORM**



**ΥΔΡΟΠΡΟΛΗΨΙΣ  
 YDROPROLYPSIS**

Δεύτερη Ιατρική Γνωμάτευση

Second Medical Opinion

Διεθνής Υπηρεσίες Εκτάκτου Ανάγκης

## ► ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED DETAILS

Όνοματεπώνυμο / Full Name	_____										
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου ID Card No./Passport	_____	Ημερ. Γέννησης Date of Birth	_____	Άρρεν Male	<input type="checkbox"/>	Θήλυ Female	<input type="checkbox"/>	Ύψος Height	_____	Βάρος Weight	_____
Διεύθυνση Κατοικίας/ Residential Address	_____		T.K./P.O Box	_____		Πόλη/City	_____				
Επάγγελμα/Occupation	_____										
_____											
Τηλέφωνα/Tel.	_____			Email	_____						
Οικογενειακή κατάσταση: Marital status:	Άγαμος/η Single	<input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η Married	<input type="checkbox"/>							
Διεύθυνση αλληλογραφίας/Correspondence Address	_____										
_____			T.T./Postal Code	_____		Πόλη/City	_____				

## ► ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / POLICY HOLDER’S DETAILS

Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία Εταιρείας / Full Name/Company Name	_____										
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/Εγγρ. Εταιρείας ID Card No./Passport/Registration No.	_____			Ημερ. Γέννησης Date of Birth	_____						
Επάγγελμα/Occupation	_____										
Τηλέφωνα/Tel.	_____			Email	_____						
Διεύθυνση αλληλογραφίας/Correspondence Address	_____										
_____			T.T./Postal Code	_____		Πόλη/City	_____				

## ► ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / SCHEDULE OF BENEFITS

ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ / BENEFITS	ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ/COVERAGE RATE		
• Θάνατο από Ατύχημα / Death of Accident	€		
• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα / Permanent Total Disability	€		
• Μόνιμη Μερική Ανικανότητα / Permanent Partial Disability	€		
• Προσωρινή Ολική Ανικανότητα / Temporary Total Disability	€		
• Ιατρικά Έξοδα / Medical Expenses	€		
• Ιατρικά Βοηθήματα /Medical Devices	€		
• Μετατροπές στο χώρο Κατοίκησης / Home Modifications	€		
• Επέκταση Κάλυψης για Επικίνδυνα Σπορ / Extended coverage for hazardous sports	€		
• Μεταφορικά από και προς το Εξωτερικό / Transportation from and to abroad	€		
• Μεταφορά Σωρού / Reputruction of mortal remains	€		
• Έξοδα Μεταφοράς Συνοδού / Travel cost of accompany family member	€		
• Σοβαρές Ασθένειες / Dread Diseases	€		
• Επίδομα Διαχείρισης Διαθήκης / Legal Advisors Benefit	€		
• Επίδομα Διαχείρισης Περιουσίας / Property Administration Benefit			
• Επίδομα Κηδείας / Funeral Benefit			
• Επίδομα Οικογένειας /Family Benefit			
• Επίδομα Ιατροδικαστικών Εξόδων / Forensic Expenses Benefit			
• Διεθνής Υπηρεσίες Εκτάκτου Ανάγκης (Assist America) Global Emergency	NAI/YES <input type="checkbox"/> OXI/NO <input type="checkbox"/>	Δεύτερη Ιατρική Γνωμάτευση Services Second Medical Opinion	NAI/YES <input type="checkbox"/> OXI/NO <input type="checkbox"/>

## ► ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ / ADDITIONAL COVER

_____			
_____			

## ► ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ / PREMIUM PAYMENT METHODS

Τρόπος Πληρωμής/Method of Payment	<input type="checkbox"/> Ετήσιος/Annually	<input type="checkbox"/> Εξαμηνιαίος/Semi Annually	<input type="checkbox"/> Τριμηνιαίος/Quarterly	<input type="checkbox"/> Μηνιαίος/Monthly						
	<input type="checkbox"/> Μετρητά/Cash	<input type="checkbox"/> Με τραπεζική εντολή/Direct Debit								
Ασφάλιστρο/Premium	€	Προκαταβολή/Deposit	_____		Ημερομηνία/Date	_____				

## ► ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ INSURANCE PERIOD

από/from \_\_\_\_\_ μέχρι/to \_\_\_\_\_

**Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Όπου η απάντηση είναι θετική παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:**

**The following questions should be fully answered. Where the answer is positive please provide all respective details:**

## ► ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / INSURANCE HISTORY

1. Είστε ασφαλισμένος τώρα ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος με Σχέδιο Υγείας, με την Εταιρεία μας ή με οποιαδήποτε άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία; Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε μας το όνομα της Εταιρείας και το σχέδιο με το οποίο είστε ασφαλισμένος. / Are you insured now or have you ever been insured under a Health Insurance Plan, with our company or any other insurance company? If so, please state the name of the insurance company with which you are or have been held covered.

NAI/YES |\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

OXI/NO

2. Έχει απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο, αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής, Υγείας ή Προσωπικών Ατυχημάτων από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία; / Has your application for life, Health and / or personal accident insurance been rejected under special terms and / or premium by any insurance company?

NAI/YES |\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

OXI/NO

3. Έχετε υποβάλλει οποιαδήποτε αίτηση ασφάλισης Ζωής, Υγείας, ή Προσωπικών Ατυχημάτων στην Εταιρεία μας ή σε οποιαδήποτε άλλη Εταιρεία η οποία εκκρεμεί προς αποδοχή; / Do you have any application pending acceptance for Life, Health or Personal Accident insurance, by our company or any other insurance company?

NAI/YES |\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

OXI/NO

## ► ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ / WAY OF LIFE

1. Καπνίζετε;/Do you smoke? NAI/YES OXI/NO  
Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε;/If Yes, please state:  
• Για πόσα χρόνια καπνίζετε;/For how many years you have been smoking|\_\_\_\_\_

• Την ημερήσια κατανάλωση σας σε καπνό/State your daily consumption of tobacco |\_\_\_\_\_

2. Παρακαλώ δηλώστε την καθημερινή σας κατανάλωση σε αλκοόλ/  
Please state your daily alcohol consumption |\_\_\_\_\_

3. Ταξιδεύετε συχνά στο εξωτερικό εκτός για σκοπούς αναψυχής; NAI/YES OXI/NO  
Αν ναι, πόσο συχνά, για πόσο χρονικό διάστημα και πού;/  
Do you travel abroad frequently for reasons other than recreational?  
If so, please state how often, for how long and destination |\_\_\_\_\_

4. Προτίθεστε να ζήσετε μόνιμα εκτός Κύπρου;/ NAI/YES OXI/NO  
Do you intend to live abroad permanently? |\_\_\_\_\_

Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε αν ασχολείστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά;/  
If so, please state whether you engage in a professional or amateur mode. |\_\_\_\_\_

6. Δηλώστε αν είστε αριστερόχειρας/ NAI/YES OXI/NO  
State if you are left-handed.

7. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα, συνήθειες ή άλλες NAI/YES OXI/NO  
ασχολίες που σας εκθέτουν σε κίνδυνο; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες  
Are there any conditions in your profession, habits or other occupations  
that put you at risk? If Yes, please give details. |\_\_\_\_\_

8. Οδηγείτε δίκυκλο άνω των 75 CC; NAI/YES OXI/NO  
Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες/  
Do you drive a motor above 75CC? If yes, please give details. |\_\_\_\_\_

## ► ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / MEDICAL HISTORY

Υποφέρετε τώρα ή είχατε υποφέρει ποτέ στο παρελθόν από:

Do you suffer now or have you ever suffered in the past from:

1. Πρόβλημα Καρδιάς ή μη φυσιολογικού καρδιογραφήματος/  
Heart disorders or abnormal electrocardiograph? NAI/YES OXI/NO

2. Πάθηση αίματος, αιμοφόρων αγγείων, αναιμία, υπέρταση, πόνο στο στήθος ή ταχυπαλμία;/Blood and blood vessel disorders, anemia, hypertension, chest pain or shortness of breath? NAI/YES OXI/NO

3. Πάθηση πνευμόνων, βρόγχων ή άλλο σθητικό νόσημα;/  
Lung and bronchial disorders, or any other respiratory and/or chest disease? NAI/YES OXI/NO

4. Παθήσεις οφθαλμών, αυτιών, λαιμού στόματος ή ιγμορείων;/ Eye, ear, throat, mouth or sinus disorders? NAI/YES OXI/NO

5. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, χοληδόχου κύστης, κολικό νεφρού, πέτρες, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα;/Disorders of the urinary track, gall bladder, renal colic, renal stones, blood, protein or sugar in the urine? NAI/YES OXI/NO

6. Σακχαρώδη διαβήτη, ψηλή χοληστερόλη ή / και τριγλυκερίδια;/Diabetes mellitus, hyperlipidemia? NAI/YES OXI/NO

7. Παθήσεις θυροειδούς, λεμφαδένων, όγκο, καρκίνο, κατά πλάκας σκλήρυνση ή / και νόσο Πάρκινσον;/Disorders of the thyroid gland, lymphnodes, tumors, cancer, multiple sclerosis and/or Parkinson's disease? NAI/YES OXI/NO

8. Ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, επιληψία, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή νευρικού συστήματος;/Vertigo, fainting attacks, mental disorders, epilepsy, any disorders of the mental and nervous system or cerebral disease? NAI/YES OXI/NO

9. Ρευματικό πυρετό, αρθριτικά, μυοσκελετικά προβλήματα, κατάγματα ή αναπηρίες;/Rheumatic fever, arthritis, lumbago, gout or any other bone, joints, or spinal cord disorders, fractures or disabilities? NAI/YES OXI/NO

10. Κύστη κόκκυγος, αιμορροίδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κισρούς ή άλλες παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος;/ Cyst of coccyx, hemorrhoids, hernia, any form of celes, fistula, varicose veins or other disorders of the circulatory system? NAI/YES OXI/NO

11. Μολυσματική μεταδοτική ασθένεια (σύφιλη ή γονόρροια) ή έχετε πάρει ιατρική συμβουλή, θεραπεία ή έχετε κάνει αναλύσεις αίματος που σχετίζονται με αυτά ή αναλύσεις για ηπατίτιδα ή/ και AIDS;/Any sexually transmitted disease (e.g. syphilis or gonorrhea), or have you ever sought medical advice, treatment, or had clinical tests carried out in connection with these or any other viral diseases such as hepatitis C and/or AIDS? NAI/YES OXI/NO

12. Έχετε κάνει οποιαδήποτε μετάγγιση αίματος ή στοιχείων του αίματος; Έχετε απορριφθεί ως δότης αίματος ή έχετε το στίγμα μεσογειακής αναιμίας;/Have you ever had any blood transfusions or have received treatment with any blood products? Have you ever been rejected as a blood donor are you a Trait B carrier? NAI/YES OXI/NO

13. Έχετε κάνει ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ή γενικές ιατρικές εξετάσεις (Τσεκ-απ); Παρακαλώ δηλώστε γιατί./Have you ever had X-rays, electrocardiograms, clinical tests, or other diagnostic tests, or general medical check-ups? If so state why these were carried out. NAI/YES OXI/NO

14. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή παραμείνατε σε νοσοκομείο ή κλινική;/Have you ever been operated or hospitalized for any reason? NAI/YES OXI/NO

15. Έχετε πάρει ποτέ άλλες ουσίες ενδοφλεβίως ή φάρμακα χωρίς την συνταγή ιατρού;/Have you ever taken any other intravenous drugs and/or medications without a medical prescription? NAI/YES OXI/NO