



Πληρώνει **Αμέσως!**

ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ
Κεντρικά Γραφεία: Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 82 98
info@ydrogios.com.cy www.ydrogios.com.cy

**ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ /
STATEMENT OF MEDICAL HISTORY FOR PERSONAL ACCIDENTS**

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

Αρ. Ασφαλιστηρίου
Policy Number

Πλήρες Όνομα /
Full Name:

1. Δώστε όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο προσωπικού γιατρού /
Give name, address and phone number of your personal physician

2. Ύψος / Height

Βάρος / Weight

NAI / YES

OXI

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

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

5. Δηλώστε εάν είστε αριστερόχειρας / State if you are left-handed.

6. 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

7. 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?

8. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα, συνήθειες ή άλλες ασχολίες που σας εκθέτουν σε κίνδυνο; / Are there any conditions in your profession and/or habits or pestimes which may expose you to any special risk?

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / If YES, give details

9. Κάνετε άλλη επαγγελματικές ή ερασιτεχνικές ασχολίες; / Please state whether you are involved in any other professional and/or amateur occupations.

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / If YES, please give details.

10. Ταξιδεύετε συχνά στο εξωτερικό; Εαν ΝΑΙ, αναφέρετε χώρες και συχνότητα. / Do you often travel abroad? If YES, please state countries & frequency.

11. Ασχολείστε με οποιοδήποτε χόμπι ή σπορ; Εαν ΝΑΙ, δώστε πλήρης λεπτομέρειες / State whether you are involved in any hobby or sport. If YES, give full det

12. Οδηγείτε δικύκλο άνω των 75CC; Εάν Ναι, δώστε λεπτομέρειες / Do you drive a motor above 75CC? If Yes, please give details.

13. Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για άλλη ασφάλεια ατυχημάτων και έχει απορριφθεί ή ακυρωθεί; / State whether you have previously filled in a proposal form for personal accidents and has been rejected or cancelled.

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

Όνομα Εταιρείας / Company Name

15. Υποβάλατε ποτέ αίτηση ή έχετε πληρωθεί αποζημίωση για σωματική βλάβη ή ασθένεια; Have you ever submitted a claim or been paid compensation for holidv iniuries or illness?

► ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω δηλώσεις και λεπτομέρειες είναι αληθινές και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου αυτού, μεταξύ μου και της ΥΔΡΟΓΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θεωρείται δικός αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της εταιρείας.

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief, whatever is stated in this proposal is absolutely true and I have not concealed any fact. I agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me and thus shall form the basis of this policy between myself and YDROC INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD. If any answer has been written by any other person, that person shall be considered as my own representative not a representative of the company.

Υπογράφηκε στην / _____ την /
Signed in _____ the _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου / _____
Insured Signature _____

Υπογραφή Συμβαλλομένου / _____
Policy Holder Signature _____

Υπογραφή Αντιπροσώπου / _____ Κωδικός Αντιπροσώπου /
Agent's Signature _____ Agent's Code _____