



ΥΔΡΟΓΕΙΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ
Κεντρικά Γραφεία: Ydrogiouss House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 80 24
ydrogiouss@cytanet.com.cy www.ydrogiouss.com.cy

ΑΙΤΗΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
APPLICATION FOR GROUP INSURANCE

Για χρήση από την εταιρεία μόνο / For internal Use only

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

► Συμβαλλόμενος / Policy Holder

Επωνυμία Επιχείρησης / Company Name:

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Postal Address:

Πόλη / Επαρχία / City / District: T.K. / Post Code: E-mail:

Είδος Απασχόλησης / Occupation: Αρ. Εγγρ. Εταιρείας / Registration No.: Τηλ. / Tel:

Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance: Από / From: Μέχρι / To: Ασφαλισμένοι / Insured:

Έχετε Ασφάλεια Ευθύνης Εργοδότη; / State whether you have an employer's liability policy:

Εάν ΝΑΙ, με ποια εταιρεία; / If YES, please state the name of the company:

► Αιτούμενο Ασφαλιστικό Σχέδιο IASIS / Requested Insurance Plan IASIS

SILVER GOLD PLATINUM W/W IN

MED4YOUNG IN & OUT

Με βάση την προσφορά ημερομηνίας / Based on the proposal form dated:

► Αιτούμενο Ασφαλιστικό Σχέδιο Προσωπικών Ατυχημάτων / Requested Insurance Plan for Personal Accidents

Τυποποιημένο Σχέδιο / Standardized Plan Σχέδιο / Plan Α / A Β / B Γ / C Ειδικό Σχέδιο / Special Plan

Με βάση την προσφορά ημερομηνίας / Based on the proposal form dated:

► Ειδικά Αιτήματα - Παρατηρήσεις / Special Requests - Comments

► Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων / Method of Payment

Ετησίως / Annually Εξαμηνιαίως / Biannually Τριμηνιαίως / Quarterly Μηνιαίως / Monthly

Μετρητά / Cash Επιταγή / Cheque Direct Debit

Σημείωση: Η κάλυψη θα αρχίζει με την καταβολή του πρώτου ασφαλιστρου και την έγκριση της αίτησης από την εταιρεία
Note: The deposit should be made upon payment of the first premium and after approval of the current application by the company

Ποσό προκαταβολής που πληρώθηκε με την αίτηση αυτή / Advanced payment made for this application

► Ασφαλισμένοι / Insured Persons

Τα πρόσωπα που απασχολούνται πλήρως στην επιχείρηση και οι πιο κάτω / The persons currently employed on full time basis are enlisted below:

| A/A No. | Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Full Name Insured | Αριθμός Ταυτότητας ID Card | Ημερομηνία Γέννησης Date of Birth | Φύλο Gender | Ειδικότητα Job Title / Duties | Κατηγορία Occ. Plus |
|---------|---|-------------------------------|--------------------------------------|----------------|----------------------------------|------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

► Ιατρικό Ιστορικό / Medical History

Αναφορικά με τα πιο πάνω άτομα επιβεβαιώνουμε ότι απ' ό,τι γνωρίζουμε και πιστεύουμε τα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση βρίσκονται σήμερα σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχουν φυσικά ελαττώματα ή παραμορφώσεις εκτός από τους πιο κάτω: / To the best of our knowledge and belief we hereby confirm that the above mentioned proposed insureds are in good health and free from any physical impairment except as stated below:

| Όνομα / Name | Φύση Πάθους / Nature of Sickness |
|--------------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 με 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 ΥΔΡΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από άλλο πρόσωπο, ο 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 inform 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 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 to accept that this Declaration shall be the basis of the contract between both parties if entered into.

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / POLICY HOLDER

Ασφαλιστής / Insurer

Επωνυμία / Company's Name

Κωδικός Ασφαλιστή / Insurer Code