MEDITERRANIA insurance company

ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ (*Intermediary's Code*): | | | | |

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ *(INSURANCE APPLICATION FORM)*

Α. ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ / ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ *(PROPOSED INSURED's INFORMATION)*

ΕΠΩΝΥΜΟ	*(Last name)*		**ΟΝΟΜΑ**	*(First name)*	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	*(Father's name)*		**Ημ/νία Γέννησ.**	*(Date of Birth)*	
Α.Φ.Μ.	*(Tax Reg. No)*		**Δ.Ο.Υ.**	*(Tax Office)*	
ΑΔΤ/Διαβατήριο	*(ID/Passport No)*		**Εθνικότητα**	*(Nationality)*	
ΦΥΛΛΟ	*(Sex)*		**Ύψος/Βάρος**	*(Height/Weight)*	
Δνση Επικοιν.	*(Mailing Addr.)*		**Αριθμός**	*(Street Number)*	
Τ.Κ./Περιοχή	*(zip code/Region)*		**Πόλη/Νομός**	*(City)*	
Επάγγελμα	*(Occupation)*		**Τηλέφ. Οικίας**	*(Home tel. No.)*	
Ηλεκτρον.Δνση	*(e-mail)*		**Κινητό**	*(mobile tel. No)*	

Β. ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (εάν είναι διαφορετικός από τον Ασφαλιζόμενο)

(POLICY HOLDER's INFORMATION) - If other than the Proposed Insured)

ΕΠΩΝΥΜΟ	*(Last name)*		**ΟΝΟΜΑ**	*(First name)*	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	*(Father's name)*		**Ημ/νία Γέννησ.**	*(Date of Birth)*	
Α.Φ.Μ.	*(Tax Reg. No)*		**Δ.Ο.Υ.**	*(Tax Office)*	
ΑΔΤ/Διαβατήριο	*(ID/Passport No)*		**Εθνικότητα**	*(Nationality)*	
ΦΥΛΛΟ	*(Sex)*		**Ύψος/Βάρος**	*(Height/Weight)*	
Δνση Επικοιν.	*(Mailing Addr.)*		**Αριθμός**	*(Street Number)*	
Τ.Κ./Περιοχή	*(zip code/Region)*		**Πόλη/Νομός**	*(City)*	
Επάγγελμα	*(Occupation)*		**Τηλέφ. Οικίας**	*(Home tel. No.)*	
Ηλεκτρον.Δνση	*(e-mail)*		**Κινητό**	*(mobile tel. No)*	

Γ. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ (σε περίπτωση αποβίωσης του Ασφαλισμένου)

(Beneficiaries; in case of death of the Insured)

ΟΙ ΝΟΜΙΜΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

.....

Δ. Διάρκεια Ασφάλισης / Επιλογή Προγράμματος *(Cover Duration / Schedule Selection)*

ΑΠΟ *(From)* **:**		**Επιλογή Προγράμματος :**	*(Schedule Selection)*	*Παρακαλούμε επιλέξτε από τον Πίνακα Προγραμμάτων* *(Please select from Schedule Table)*
ΕΩΣ *(To)* **:**				

Καταβολή ασφαλίστρων : Υποχρεωτικά, εφάπαξ ετησίως	**Σύνολο Ασφαλίστρων:**
(Premium Payment: Mandatory, annualized lump sum)	*(Total Annual Premium)*

Ε. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ *(ADDITIONAL INFORMATION)*

ΝΑΙ *(YES)* / **ΟΧΙ** *(NO)*

1. Έχετε εσείς η κάποιο από τα εξαρτώμενα μέλη σας οποιαδήποτε κάλυψη υγείας; ☐ ☐
(Are you or any of your dependants covered under any medical insurance?) ……

2. Έχετε κάποια αναπηρία, ανικανότητα, σωματικό ελάττωμα, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση; ☐ ☐
(Do you suffer from any disability, physical defect, deformity or congenital condition?) ……..

3. Υποβληθήκατε ποτέ σε ιατρική ή νοσοκομειακή περίθαλψη ή χειρουργική επέμβαση; ☐ ☐
(Have you ever received any medical, in-hospital or surgical treatment?) ……..……

4. Υποφέρετε τώρα από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό; ☐ ☐
(Are you suffering from any illness or injury?)……..

5. Ασχολείσθε με επικίνδυνα σπορ ή επικίνδυνες δραστηριότητες; (Εάν ναι αναφέρατε είδος, συχνότητα ,εμπειρία) ☐ ☐
Are you practicing any dangerous/extreme sports or hazardous activities?
(If so, please specify: type, duration, frequency and experience) ……...……..……...

6. Είστε κάτοχος άλλων ασφαλιστηρίων;(Εάν ναι, αναφέρατε Ασφαλιστική Εταιρία, ασφ. κεφάλαια) *Do you hold/own any other*
insurance policy? (If so, please refer the name of the Insurance Company & sum assured) …….. ☐ ☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:……

Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθινά, ακριβή και πλήρη και συμφωνώ ότι οποιαδήποτε απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών απαλλάσσει την Εταιρεία από κάθε υποχρέωση αποζημίωσης. Η παρούσα αίτηση δεν συνιστά αποδοχή του κινδύνου από την εταιρεία η οποία διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα άρνησης παροχής ασφαλιστικής κάλυψης. ***Αποδέχομαι να προκαταβάλω τα ασφάλιστρα για την κάλυψη που αιτούμαι.*** *Η αποδοχή ασφάλισης πραγματοποιείται μόνο με την έκδοση ασφαλιστηρίου συμβολαίου και η έναρξη της ασφαλιστικής κάλυψης γίνεται μόνο με την έγκαιρη εξόφλησή του. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι τα ακόλουθα: Η ΜΕΝΤΙΤΕΡΡΑΝΙΑ ΑΑΕΖ τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των ασφαλιζομένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, με σκοπό την καλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης. Η ασφαλιστική εταιρεία έχει δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα κάθε ασφαλισμένου της, εκτός από τα ευαίσθητα, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων αλλά ο ασφαλισμένος μπορεί με γραπτή δήλωσή του στην ασφαλιστική εταιρεία να καταργήσει οποτεδήποτε αυτό το δικαίωμα. Αποδέκτες προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων μπορεί να είναι τα πρόσωπα που διαμεσολάβησαν για την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες Αρχές, τα ασφαλιστικά ταμεία ή οι συνεργαζόμενοι αποκλειστικά με την εταιρεία, οι οποίοι είναι συμβατικά υποχρεωμένοι για την παροχή ασφαλιστικών καλύψεων (γιατροί, νοσηλεύτρια, διαγνωστικά κέντρα, πραγματογνώμονες, δικηγόροι κ.α.). Τέλος, βεβαιώνω ότι ενημερώθηκα προσυμβατικά σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο στην ασφαλιστική σύμβαση.*
I hereby declare that all statements, answers and information given above are true accurate and complete and i understand that if i provide false or fraudulent information on this application no insurane coverage will be provided by the insurance company. I also agree that any concealment information exempts the Company from any liability or any claim indemnity. This application does not constitute acceptance of risk by the insurance company which maintains the absolute right to refuse to provide insurance coverage. I agree to pay on advance the current premium for this insurance. The acceptance of insurance i proven only by the issuing of the relevant insurance contract/policy and the commencement of cover only the early settlement (insurance coverage is in force strictly after the prompt paymente of the premium due). I also declare that i hereby acknowledge and accept the following: Mediterrania maintains and processes personal data of its insured clients, including sensitive personal data, for the purpose of the proper operation and performance of the insurane policy. The insurance company has the right to use the personal data of each insured person for promotional activities, its own or third parties. The insured person, may be written declaration to the insurance company, abolish any such right. The recipients of person data of insured persons may be the intermediaries for the taking out of insurance funds, or those cooperating exclusively with the company, who are contractually obliged to provide insurance cover (doctors, murning homes, diagnostic centers, experts, lawyers etc). Finally, i certify that i was informed in advance of the law applicable to the insurance contract.

☐ *Βεβαιώνω ότι κατέβαλα το ετήσιο ποσό και παρέλαβα το συμβόλαιο. I hereby certify that I paid for the annual premium and received the insurance contract/policy.*

ΠΟΛΗ *Place signed (City)* …… **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** *(Date Signed (MM/DD/YYYY)* ……

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ *(Policy Holder)* **Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ** *(Insured's signature)* **Ο ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ***(Intermediary)*

…… …… ……