

# Employee Enrolment Form | Έντυπο Εγγραφής Υπαλλήλου

Please complete this form in English | Παρακαλώ συμπληρώστε αυτή την αίτηση στα Αγγλικά

1

## SECTION 1 Your Personal Details: Please complete for all family members applying for cover.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 Οι Προσωπικές σας Πληροφορίες: Παρακαλούμε να συμπληρωθεί για όλα τα μέλη της οικογένειας που υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη.

Company Name | Όνομα Εταιρείας:

### 1. Main Insured Details | Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου

#### A. Applicant | Αιτητής

Title | Τίτλος: Mr/Κος Mrs/Κα Miss/Δεσποινίς Dr/Δρ

Name(s) | Όνομα(τα):

Surname | Επίθετο:

Date of Birth | Ημερομηνία Γέννησης (DD/MM/YY):

ID or Passport Number | Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Occupation | Επάγγελμα:

Male | Άρρεν:

Female | Θήλυ:

Nationality | Υπηκοότητα:

Height (cm) | Ύψος (εκ):

Weight (kg) | Βάρος (κιλά):

### 2. Details About Members of your family | Στοιχεία Μελών Οικογένειας

#### B. Spouse | Σύζυγος

Title | Τίτλος: Mr/Κος Mrs/Κα Miss/Δεσποινίς Dr/Δρ

Name(s) | Όνομα(τα):

Surname | Επίθετο:

Date of Birth | Ημερομηνία Γέννησης (DD/MM/YY):

ID or Passport Number | Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Occupation | Επάγγελμα:

Male | Άρρεν:

Female | Θήλυ:

Nationality | Υπηκοότητα:

Height (cm) | Ύψος (εκ):

Weight (kg) | Βάρος (κιλά):

### Children | Παιδιά

No

Αρ. Name(s) | Όνομα(τα):

Surname | Επίθετο:

Male | Female

Άρρεν | Θήλυ:

D.O.B

Ημ. Γέννησης:

Height (cm)

Ύψος (εκ):

Weight (kg)

Βάρος (κιλά):

Nationality

Υπηκοότητα:

ID or Passport Number

Αρ. Ταυτ/ας ή Διαβατηρίου:

C/Γ

D/Δ

E/Ε

F/ΣΤ

### 3. Residential Address | Διεύθυνση Κατοικίας

Street Address | Οδός:

Town/City | Πόλη:

District (Prefecture) | Επαρχία (Νομός):

Post Code | Ταχ. Κώδικας:

Country | Χώρα:

#### 4. Mail Forwarding Address | Ταχυδρομική Διεύθυνση

Street Address | Οδός:

Same as Residence Address

Ίδια με τη Διεύθυνση Κατοικίας

Town/City | Πόλη:

District (Prefecture) | Επαρχία (Νομός):

Post Code | Ταχ. Κώδικας:

Country | Χώρα:

#### 5. Contact Details | Στοιχεία Επικοινωνίας

Primary Telephone | Κύριο τηλέφωνο:

Mobile Telephone | Κινητό τηλέφωνο:

Fax | Φαξ:

E-Mail:

2

#### SECTION 2 Your Cover Details:

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 Τα Στοιχεία Κάλυψης Σας:

#### 2.1 Requested Effective Date of Insurance | Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος της Ασφάλειας για την οποία υποβάλλεται αίτηση

DD/MM/YY

Date we accept your Application Form

Η ημερομηνία που θα αποδεχθούμε το Έντυπο Αίτησής σας:

Other

Άλλη:

The Effective Date cannot be later than 30 days from the date of you signing this Application Form. Please note Cover cannot commence unless and until this Application Form has been accepted in writing by the insurer. | Η Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος δεν μπορεί να είναι μεταγενέστερη των 30 ημερών από την ημερομηνία που υπογράφετε την Αίτηση αυτή. Παρακαλούμε σημειώστε ότι η παροχή της Κάλυψης δεν μπορεί να ξεκινήσει εκτός εάν και μέχρις ότου το Έντυπο Αίτησης γίνει αποδεκτό γραπτώς από τον ασφαλιστή.

**SECTION 3 Medical Declaration: If the answer to any question in this Section 3 is “Yes” for you or any other applicant, that person may not be eligible for this insurance or, if they are eligible for this insurance, additional terms and conditions (to those contained in the Policy Wording) may be applied. There may be circumstances where a “Yes” answer results in the insurer requiring additional information (to that provided in this Application Form) in order to make a decision.**

3

**ΕΝΟΤΗΤΑ 3** Ιατρική Δήλωση: Εάν η απάντηση σε οποιαδήποτε ερώτηση σε αυτή την Ενότητα 3 είναι “Ναι” είτε όσον αφορά εσάς είτε όσον αφορά οποιονδήποτε άλλο αιτητή, το άτομο αυτό είναι δυνατόν να μην είναι επιλέξιμο για την παρούσα ασφάλιση ή, εάν είναι επιλέξιμο για την ασφάλιση αυτή, είναι δυνατόν να εφαρμοστούν επιπρόσθετοι όροι και προϋποθέσεις (από αυτούς που περιλαμβάνονται στο Λεκτικό του Συμβολαίου). Είναι δυνατόν να υπάρχουν περιστάσεις όπου μια απάντηση “Ναι” θα οδηγήσει τον ασφαλιστή να απαιτήσει επιπρόσθετες πληροφορίες (από αυτές που παρέχονται σε αυτό το Έντυπο Αίτησης) προκειμένου να αποφασίσει.

#### Please answer Questions 1-5 for all applicants | Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις 1-5 για όλους τους αιτητές

- 1. Are you or any other applicant presently hospitalised, or scheduled for, or (based on a medically confirmed opinion) in need of, hospitalisation or surgery?** Yes | Ναι No | Όχι
- Εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής, νοσηλεύεστε επί του παρόντος ή έχετε προγραμματίσει να νοσηλευτείτε (βάσει ιατρικά επιβεβαιωμένης γνωμάτευσης) ή είναι αναγκαίο να νοσηλευτείτε ή να υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση;
- 2. Have you or any other applicant at anytime ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other Immunes System Disorder?** Yes | Ναι No | Όχι
- Εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής, έχετε υποβληθεί οποτεδήποτε σε εξέταση όπου διαγνωστήκατε θετικός ή έχετε υποβληθεί σε θεραπεία όσον αφορά το σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), για σύνδρομο σχετικό με το AIDS (ARC), το Σύνδρομο Λεμφαδενοπάθειας, για τον ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) ή για οποιαδήποτε διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος;
- 3. Have you or any other applicant at any time ever had, been recommended to have, or are you currently on a waiting list for any organ transplant (other than corneal)?** Yes | Ναι No | Όχι
- Εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής, σε οποιοδήποτε χρόνο, έχετε συσταθεί ή βρίσκεστε επί του παρόντος σε λίστα αναμονής, για οποιαδήποτε μεταμόσχευση οργάνου (εκτός από τον κερατοειδή);
- 4. Have you or any other applicant at any time ever been diagnosed with or treated for any type of cancer or pre-cancerous condition? If Yes, please complete Section 4 Further Medical Information. Cancer tumour, cyst, polyp, melanoma, Kaposi’s sarcoma, cell disorder, shingles, lump, calcification or growth of any kind?** Yes | Ναι No | Όχι
- Εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής, σε οποιοδήποτε χρόνο, διαγνωστήκατε ή υποβλήθηκατε σε θεραπεία για οποιονδήποτε τύπο καρκίνου ή προκαρκινική πάθηση; Εάν ναι, παρακαλούμε συμπληρώστε την Ενότητα 4 - Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες.  
Καρκινικός όγκος, κύστη, πολύποδας, μελάνωμα, σάρκωμα Kaposi, κυτταρική διαταραχή, έρπης ζωστήρας, θρόμβος, σβεστοποίηση ή όγκος οποιουδήποτε είδους.
- 5. Are you or any other applicant currently pregnant - if yes please provide due date:** DD/MM/YY Yes | Ναι No | Όχι
- Εσείς ή οποιαδήποτε άλλη αιτήτρια, είστε/είναι έγκυος; Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρετε την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού.

Applicants selecting Medical Cover on a Moratorium Application (under Section 2.6) please proceed to Section 6. Applicants selecting Medical Cover on a Continued Personal Medical Exclusions (CPME) Application (under Section 2.6), please complete questions 6 - 23 below and Section 5. All other applicants please complete questions 6-23 below.

Οι αιτητές που επιλέγουν Ιατρική Κάλυψη βάσει Μερικής Αίτησης (σύμφωνα με την Ενότητα 2.6) παρακαλούμε να προχωρήσουν στην Ενότητα 6. Οι αιτητές που επιλέγουν Συνεχιζόμενες Ιατρικές Καταστάσεις - Αίτηση Ιατρικής Αναδρομικής Κάλυψης (σύμφωνα με την Ενότητα 2.6), παρακαλούμε όπως συμπληρώσουν τις ερωτήσεις 6-23 και την Ενότητα 5. Όλοι οι άλλοι αιτητές παρακαλούμε συμπληρώστε τις ερωτήσεις 6-23 πιο κάτω.

**During the past 2 years, have you or any other applicant experienced manifestation or symptoms of, suffered from, sought or received any consultations, examination, testing been treated for, or received treatment (Including medications) for, or been diagnosed with any mental health, physical or nervous condition of whatsoever nature? If Yes, please complete Section 4 Further Medical Information.**

6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 ετών, εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής εμφανίσατε συμπτώματα, είχατε νοσήσει ή ζητήσατε ή λάβατε οποιοσδήποτε συμβουλές, υποβληθήκατε σε εξετάσεις ή έλεγχο ή υποβληθήκατε ή λάβατε θεραπεία (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων) ή διαγνωστήκατε σε σχέση με οποιαδήποτε ασθένεια αναφορικά με την ψυχική υγεία, με σωματική ή νευρική κατάσταση οποιασδήποτε φύσης; Εάν Ναι, παρακαλούμε συμπληρώστε την Ενότητα 4 - Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες. Yes |  Ναι No |  Όχι

**Have you or any other applicant experienced manifestation or symptoms of, suffered from, sought or received any consultations, examination, testing or been treated for, or received treatment for, or been diagnosed with any disease, condition, illness, injury, medical problem, disorder, sickness or other problem directly or indirectly arising from, involving or relating to the following:**

Εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής, έχετε εκδηλώσει συμπτώματα, είχατε νοσήσει, ζητήσατε ή λάβατε οποιοσδήποτε συμβουλές, υποβληθήκατε σε εξετάσεις ή έλεγχο ή υποβληθήκατε ή λάβατε θεραπεία ή διαγνωστήκατε σε σχέση με οποιαδήποτε ασθένεια, πάθηση, αρρώστια, τραυματισμό, ιατρικό πρόβλημα, διαταραχή, ασθένεια ή άλλο πρόβλημα που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα ή αφορά ή σχετίζεται με τα εξής:

**Heart, cardiac, cardiovascular and/or circulatory, including but not limited to: congestive heart failure, heart attack, angina, chest pain, arteriosclerosis, atherosclerosis, elevated blood pressure, hypertension, swelling of feet/ankles, thrombosis, phlebitis, rheumatic fever, or heart murmur? If Yes, in addition to completing Section 4 Further Medical Information, please complete the following:**

7. Καρδιακή, καρδιαγγειακή και/ή κυκλοφορική πάθηση, συμπεριλαμβανομένων αλλά χωρίς περιορισμό: συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιακής προσβολής, στηθάγχης, θωρακικού πόνου, αρτηριοσκλήρωσης, αθηροσκλήρωσης, αυξημένης αρτηριακής πίεσης, υπέρτασης, πρήξιμο ποδιών/αστραγάλων, θρόμβωσης, φλεβίτιδας, ρευματικό πυρετό ή καρδιακό φύσημα; Εάν Ναι, επιπρόσθετα από τη συμπλήρωση της Ενότητας 4 - Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες, παρακαλούμε συμπληρώστε τα πιο κάτω: Yes |  Ναι No |  Όχι

Systolic (mmHg)

Diastolic (mmHg)

DD/MM/YY

1

7.1 Last 3 blood pressure readings with dates:

Τελευταίες 3 μετρήσεις πίεσης αίματος με ημερομηνίες:

2

3

DD/MM/YY

7.2 Diagnosis and date first diagnosed:

Διάγνωση και ημερομηνία πρώτης διάγνωσης:

How often have you been advised to follow up with

7.3 a physician?

Κάθε πόσο χρονικό διάστημα, σας συμβούλευσε ο γιατρός σας να ελέγχετε αυτή την πάθηση;

7.4 Medications taken (Types & daily Dosage):

Φάρμακα που λήφθηκαν (Τύποι & ημερήσια δοσολογία):

**Blood, Blood vessels, spleen, arteries, veins or disorders of the blood, including but not limited to: anaemia, haemophilia, leukemia, hepatitis, lymph glands or high cholesterol.**

8. Αίμα, αιμοφόρα αγγεία, σπλήνα, αρτηρίες, φλέβες ή διαταραχές του αίματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά χωρίς περιορισμό: αναιμία, αιμοφιλία, λευκαίμια, ηπατίτιδα, λεμφαδένες ή υψηλή χοληστερόλη. Yes |  Ναι No |  Όχι

DD/MM/YY

8.1 Diagnosis and date first diagnosed:

Διάγνωση και ημερομηνία πρώτης διάγνωσης:

DD/MM/YY

Date of last testing and results:

Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης και αποτελέσματα:

DD/MM/YY

Total cholesterol:

Ολική χοληστερόλη:

8.2

LDL:

DD/MM/YY

HDL:

DD/MM/YY

Triglycerides:

Τριγλυκερίδια:

DD/MM/YY

**How often are you advised to follow up with a physician?**

- 8.3 Κάθε πόσο χρονικό διάστημα, σας συμβούλευσε ο γιατρός σας να ελέγχετε αυτή την πάθηση;

**Treatment including medication name and daily dosage:**

- 8.4 Θεραπεία συμπεριλαμβανομένου του ονόματος του φαρμάκου και ημερήσια δοσολογία:

**Diabetes, hyperglycemia or hypoglycaemia? If Yes to diabetes, in addition to completing Section 4 - Further**

Yes |   No |

**9. Medical Information please complete the following:**

Διαβήτης, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία; Εάν Ναι για διαβήτη, εκτός από το να συμπληρώσετε την Ενότητα 4 - Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες, συμπληρώστε τα πιο κάτω:

**9.1 Type of Diabetes:**

Τύπος Διαβήτη:

DD/MM/YY

**9.2 Date first diagnosed:**

Ημερομηνία πρώτης διάγνωσης:

**9.3 Controlled by diet only:**

Ελέγχεται μόνο με διατροφή:

**9.4 Medications (Types and daily Dosage):**

Φάρμακα (Τύποι και ημερήσια δοσολογία):

DD/MM/YY

**9.5 Dates of most recent HbA1c Test:**

Ημερομηνία της πιο πρόσφατης εξέτασης HbA1c:

**9.6 Results of most recent HbA1c Test:**

Αποτελέσματα της πιο πρόσφατης εξέτασης HbA1c:

**Asthma or allergies? If Yes, in addition to completing Section 4 - Further Medical Information please specify which one and complete the following:**

Yes |   No |

10. Άσθμα ή αλλεργίες; Εάν Ναι, εκτός από τη συμπλήρωση της Ενότητας 4 - Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες, παρακαλούμε προσδιορίστε ποιο από τα δύο και συμπληρώστε τα πιο κάτω:

**Has hospitalization or emergency room treatment been required? If Yes, describe the symptoms and list dates:**

- 10.1 Απαιτήθηκε νοσοκομειακή περίθαλψη ή νοσηλεία σε δωμάτιο πρώτων βοηθειών;  
Εάν Ναι, περιγράψτε τα συμπτώματα και αναφέρατε τις ημερομηνίες:

DD/MM/YY

**10.2 Date first diagnosed:**

Ημερομηνία πρώτης διάγνωσης:

**10.3 Please list known triggers:**

Αναφέρατε τους λόγους που το προκάλεσαν:

**10.4 Medications (Types and daily dosage):**

Φάρμακα (Τύποι και ημερήσια δοσολογία):

**10.5 Frequency of attacks:**

Συχνότητα προσβολών:

**Liver, Pancreas, Gall Bladder or endocrine disorders including but not limited to: Pituitary, thyroid or metabolic disorders or obesity?**

Yes |   No |

11. Ήπαρ, πάγκρεας, χοληδόχος κύστη ή ενδοκρινικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό, της υπόφυσης, του θυρεοειδούς ή μεταβολικών διαταραχών ή παχυσαρκία;

**Kidney, urinary tract functions, kidney or bladder stones or infections?**

Yes |   No |

12. Νεφρά, λειτουργίες του ουροποιητικού συστήματος, πέτρες στα νεφρά ή στην ουροδόχο κύστη ή λοιμώξεις;

**Respiratory system including but not limited to: Tuberculosis, lung disorders, emphysema, chronic cough, bronchitis, bronchial asthma, pleurisy or pneumonia?**

Yes |   No |

13. Αναπνευστικό σύστημα συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Φυματίωση, πνευμονικές διαταραχές, εμφύσημα, χρόνιας βήχας, βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα, πλευρίτιδα ή πνευμονία;

**Mental and nervous system disorders including but not limited to: Psychosis, mental or behavioural disorders, chemical or drug abuse or dependency, alcoholism, psychiatric counselling and/or support groups, depression, anxiety, chronic fatigue, or eating or sleeping disorders?**

Yes |   No |

14. Διαταραχές του νοητικού και του νευρικού συστήματος συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Ψύχωσης, ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς, κατάχρηση ή εξάρτηση από χημικές ουσίες ή φάρμακα, αλκοολισμός, ψυχιατρικές συμβουλές και/ή ομάδες υποστήριξης, κατάθλιψη, άγχος, χρόνια κόπωση ή διαταραχές φαγητού ή ύπνου;

- 15. Neurological disorders, including but not limited to: Multiple sclerosis (MS), muscular dystrophy, Lou Gehrig's disease (ALS), Parkinson's disease, paralysis, epilepsy, convulsions, seizures, migraines, chronic headaches, stroke, or transient cerebral ischemic attacks?** Yes |      No |
- Νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Κατά πλάκας σκλήρυνση (MS), μυϊκή δυστροφία, νόσος του Lou Gehrig (ALS), νόσος του Parkinson, παράλυση, επιληψία, σπασμοί, κρίσεις επιληψίας, ημικρανίες, χρόνιες κεφαλαλγίες, εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικές εγκεφαλικές ισχαιμικές κρίσεις;
- 
- 16. Muscular, skeletal, spine, bone, or joint, including but not limited to: Scoliosis, disc disease or disorder, vertebrae de-generation or any other back or neck condition, rheumatism, arthritis, gout, tendonitis, osteoporosis or inflammation?** Yes |      No |
- Μυϊκές, σκελετικές παθήσεις, παθήσεις στη σπονδυλική στήλη, στα οστά ή στις αρθρώσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλά χωρίς περιορισμό: Σκολίωση, ασθένεια ή διαταραχή του δίσκου, εκφυλισμός των σπονδύλων ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση στην πλάτη ή στον λαιμό, ρευματική πάθηση, αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, τενοντίτιδα, οστεοπόρωση ή φλεγμονή;
- 
- 17. For Female applicants, miscarriage, complicated pregnancy or delivery, infertility consultation/ advice/ diagnosis or treatment, vaginal bleeding, fibroids, nodules or breast cysts, fallopian tubes, ovaries or uterus?** Yes |      No |
- Για γυναίκες αιτήτριες, αποβολή, πολύπλοκη εγκυμοσύνη ή γέννα, ιατρική συμβουλή/ διάγνωση ή θεραπεία στειρότητας, κολπική αιμορραγία, ινομυώματα, οζίδια ή κύστες στους μαστούς, στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες ή στη μήτρα;
- 
- 18. For Male applicant, reproductive systems including but not limited to: Prostrate or elevated PSA or infertility consultation/advice/diagnosis or treatment?** Yes |      No |
- Για άντρες αιτητές, παθήσεις στο αναπαραγωγικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Προστάτης ή αυξημένο PSA ή λήψη συμβουλής/ διάγνωσης στειρότητας ή θεραπεία;
- 
- 19. Congenital, genetic or hereditary or other birth condition or defect including but not limited to: Developmental disability, Down Syndrome, or other chromosome disorder, physical disorder, deformity or defect?** Yes |      No |
- Συγγενής, γενετική ή κληρονομική ή άλλη γενεσιουργός πάθηση ή ελάττωμα, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Αναπτυξιακή αναπηρία, Σύνδρομο Down ή άλλη διαταραχή χρωμοσωμάτων, σωματική διαταραχή, παραμόρφωση ή ελάττωμα;
- 
- 20. Digestive system, stomach, or intestines, including but not limited to: Esophageal regurgitation, gastritis, ulcers, colon, or rectum disorders?** Yes |      No |
- Πεπτικό σύστημα, στομάχι ή έντερα, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Οισοφαγική παλινδρόμηση, γαστρίτιδα, έλκος, παθήσεις στο παχύ έντερο ή διαταραχές του ορθού;
- 
- 21. Eyes, ears, nose, mouth, throat or jaw, including but not limited to: Cataracts, glaucoma, nasal septum deviation, chronic sinusitis, or temporomandibular joint?** Yes |      No |
- Μάτια, αυτιά, μύτη, στόμα, λαιμός ή σαγόι, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό: Καταρράκτης, γλαύκωμα, απόκλιση ρινικού διαφράγματος, χρόνια ιγμορίτιδα ή κροταφογναθική άρθρωση;
- 
- 22. Any other disease, condition, illness, injury, medical problem, disorder, sickness or other problem of any kind not listed?** Yes |      No |
- Οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, πάθηση, αρρώστια, τραυματισμός, ιατρικό πρόβλημα, διαταραχή, ασθένεια ή άλλο πρόβλημα οποιασδήποτε φύσης που δεν αναφέρεται;

#### SECTION 4 Further Medical Information

For any question answered "Yes" in Section 3 above, please identify each applicant for whom the answer applies (using the corresponding letter(s) from Section 1 above, and provide details of the medical condition, including the name address and telephone number of the attending physician(s), hospitals(s), clinic(s) and all other health care providers involved, diagnosis, all treatment dates, type(s) of treatment, prognosis and present course of treatment. When completing this section, please ensure you provide specific details of any current medications you or any other person to whom this Application Form relates is taking and any surgeries you or any other person to whom this Application Form relates has undergone in the past 2 years. Please attach additional pages if necessary.

#### 4 ΕΝΟΤΗΤΑ 4 Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες

Για οποιαδήποτε ερώτηση στην οποία απαντήσατε «Ναι» στην Ενότητα 3 πιο πάνω, παρακαλούμε προσδιορίστε κάθε αιτητή για τον οποίο εφαρμόζεται η απάντηση (χρησιμοποιώντας το αντίστοιχο γράμμα(τα) από την Ενότητα 1 πιο πάνω) και δώστε λεπτομέρειες για την ιατρική κατάσταση, συμπεριλαμβανομένου του ονόματος, της διεύθυνσης και του αριθμού τηλεφώνου του θεράποντος ιατρού(-ών), του νοσοκομείου (-ων), της κλινικής(-ών) και όλων των εμπλεκόμενων φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τη διάγνωση, όλες τις ημερομηνίες θεραπείας, τον τύπο θεραπείας, την πρόγνωση και την τρέχουσα πορεία της θεραπείας. Κατά τη συμπλήρωση της ενότητας αυτής, βεβαιωθείτε ότι θα δώσετε συγκεκριμένες λεπτομέρειες για οποιαδήποτε φάρμακα που λαμβάνετε σήμερα είτε εσείς είτε οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που αφορά το παρόν Έντυπο Αίτησης καθώς και για οποιεσδήποτε χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες εσείς ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο με το οποίο σχετίζεται το παρόν Έντυπο Αίτησης έχει υποβληθεί κατά τα τελευταία 2 χρόνια. Παρακαλείστε να επισυνάψετε πρόσθετες σελίδες εάν είναι απαραίτητο.

Question Number From Section 3 Αριθμός Ερώτησης Από την Ενότητα 3	Family member (use letters from Section 1) Μέλος της Οικογένειας (χρησιμοποιείτε τα γράμματα από την Ενότητα 1)	Condition(s) Diagnosis, Prognosis, Past and Present Course of Treatment(s), Medications and Surgeries Πάθηση(-εις), Διάγνωση, Πρόγνωση, Θεραπεία(ες) στο Παρελθόν και στο Παρόν Στάδιο, Φάρμακα και Χειρουργικές Επεμβάσεις	Physician/ Hospital/ Clinic/ Health Care Provider Name(s) Address and Telephone Ιατρός/ Νοσοκομείο/ Κλινική/Φορέας Παροχής Ιατρικής Περίθαλψης Όνομα(- τα), Διεύθυνση και Τηλέφωνο	Date of Diagnosis Ημερομηνία Διάγνωσης	Date of Last Symptom(s) Ημερομηνία Τελευταίου Συμπτώματος (-ων)	Date of Last Treatment Ημερομηνία Τελευταίας Θεραπείας	Current Status (Ongoing/ Resolved) Τρέχουσα Κατάσταση (Σε Εξέλιξη/Επίλυση)
---	--	--	---	---	--	---	---



## SECTION 5 Switch Health Declaration

This Section must be completed if you or any other applicant is currently insured under another medical expenses policy and wish to become insured under the DCare International Medical Insurance Policy instead.

Please note that you (or any other person) may not apply for Medical Cover on a CPME basis unless you (or that person) has an expiring insurance policy in place at the time and has had an insurance policy underwritten in the last 3 years on a full application basis.

If another medical expenses insurance policy is currently in force, this may have a bearing on the nature and extent of any terms offered by DCare International Medical Insurance. Other reasons why completion of this Section is required include to ensure there is no break in cover i.e. that the start date of one policy is immediately after the end date of the other and no double insurance (two policies which, in theory, could provide cover for the same event).

5

**ΕΝΟΤΗΤΑ 5** Ιατρική Δήλωση σε Περίπτωση Μεταφοράς από Άλλη Ασφάλεια

Αυτή η Ενότητα πρέπει να συμπληρωθεί εάν εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτητής είναι επί του παρόντος ασφαλισμένος σύμφωνα με ένα άλλο ασφαλιστικό συμβόλαιο που καλύπτει ιατροφαρμακευτικά έξοδα και επιθυμεί να ασφαλιστεί σύμφωνα με τη Διεθνή Ιατρική Ασφάλιση της DCare.

Παρακαλούμε όπως λάβετε υπόψη ότι εσείς (ή οποιοσδήποτε άλλο πρόσωπο) μπορεί να μην δύναται να ασφαλιστείτε με Αίτηση Ιατρικής Αναδρομικής Κάλυψης εκτός και αν εσείς (η οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο) έχει σε ισχύ ασφαλιστήριο συμβόλαιο που πρόκειται να λήξει και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αυτό έχει αξιολογηθεί εντός τριών (3) ετών σε βάση πλήρους αίτησης.

Εάν ισχύει επί του παρόντος άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο ιατρικών εξόδων, αυτό μπορεί να έχει σχέση με τη φύση και την έκταση των όρων που προσφέρονται από τη Διεθνή Ιατρική Ασφάλιση DCare. Άλλοι λόγοι για τους οποίους απαιτείται η ολοκλήρωση αυτής της Ενότητας περιλαμβάνουν τη διασφάλιση ότι δεν υπάρχει διακοπή της κάλυψης, δηλαδή ότι η ημερομηνία έναρξης του ενός συμβολαίου είναι αμέσως μετά την ημερομηνία λήξης του άλλου και καμία διπλή ασφάλιση (δύο συμβόλαια που θεωρητικά θα μπορούσαν να παρέχουν κάλυψη για το ίδιο περιστατικό).

I | Εγώ:

Date of Birth | Ημ. Γέννησης::

DD/MM/YY

**confirm that my/our existing medical expenses insurance policy is currently in force with the insurance company:**

επιβεβαιώνω ότι το ισχύον ασφαλιστήριο συμβόλαιο ιατροφαρμακευτικών εξόδων βρίσκεται σήμερα σε ισχύ με την ασφαλιστική εταιρεία:

**and accept that any terms offered by or on behalf of DCare International Medical Insurance will have relied on the premise that I/we have at the point of application an in force medical expenses insurance policy with the above named insurance company which will remain in force until the start of this policy, without any break in cover. If a DCare International Medical Insurance Policy is taken out I/we accept that it is my/our responsibility to ensure that the other policy has been cancelled or has expired accordingly.**

και αποδέχομαι ότι οποιοδήποτε όροι που προσφέρονται από ή εκ μέρους της Διεθνούς Ιατρικής Ασφάλισης DCare θα βασίζονται στην προϋπόθεση ότι, κατά τον χρόνο εφαρμογής ενός ασφαλιστήριου συμβολαίου κάλυψης ιατροφαρμακευτικών εξόδων το οποίο βρίσκεται σε ισχύ με την προαναφερόμενη ασφαλιστική εταιρεία, θα παραμείνει σε ισχύ μέχρι την έναρξη του συμβολαίου, χωρίς καμία διακοπή της κάλυψης. Εάν συναφθεί ένα Διεθνές Ιατρικό Ασφαλιστικό Συμβόλαιο DCare, αποδέχομαι/μαστε ότι είναι δική μου/μας ευθύνη να διασφαλίσω/σομε ότι το άλλο συμβόλαιο έχει ακυρωθεί ή έχει λήξει αναλόγως.

**A COPY OF THE CURRENT MEDICAL EXPENSES INSURANCE POLICY CERTIFICATE IS REQUIRED.**

**ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΙΣΧΥΟΝΤΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ.**

**Please answer Questions 1-5 for all applicants**

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις 1-5 για όλους τους αιτητές

**If Yes show member using letters from Section 1**

Αν Ναι υποδείξτε ένα μέλος χρησιμοποιώντας γράμματα από την Ενότητα 1

**Are any medical consultations or procedures (including investigations or tests) recommended, scheduled or**

**1. contemplated for anyone to be insured?**

Έχει γίνει σύσταση, έχουν προγραμματιστεί ή σχεδιάζεται η λήψη οποιασδήποτε ιατρικής συμβουλής ή διαδικασιών (συμπεριλαμβανομένων ερευνών ή εξετάσεων) για οποιοδήποτε πρόσωπο που πρόκειται να ασφαλιστεί;

Yes | Ναι No | Όχι

**Has anyone to be insured ever been refused life or any other form of health Insurance, or ever had a policy postponed, rated or accepted on special terms?**

**2.** Έχει ουδέποτε απορριφθεί αίτημα για ασφάλεια ζωής ή για οποιαδήποτε άλλης μορφής ασφάλισης υγείας που υπέβαλε οποιοδήποτε πρόσωπο το οποίο πρόκειται να ασφαλιστεί, ή έχει οποτεδήποτε αναβληθεί ένα συμβόλαιο ασφάλισης ή έχει τύχει αξιολόγησης ή έχει γίνει αποδεκτό με ειδικούς όρους;

Yes | Ναι No | Όχι

**During the last two years, any disease of the heart or circulatory system, stroke or hypertension, cancer or any other malignancy, any mental or nervous disorder?**

**3.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο ετών, έχετε διαγνωστεί με οποιαδήποτε καρδιακή ασθένεια ή ασθένεια του κυκλοφορικού συστήματος, έχετε υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή πάσχει από υπέρταση, καρκίνο ή οποιαδήποτε άλλη κακοήθεια ή πάσχει από οποιαδήποτε ψυχική ή νευρική διαταραχή;

Yes | Ναι No | Όχι

**Is anyone to be insured suffering from any medical condition which is to result in the need for an in-patient hospital stay within the next six months?**

Yes | Ναι No | Όχι

4. Κατά πόσον οποιοδήποτε πρόσωπο που πρόκειται να ασφαλιστεί πάσχει από οποιαδήποτε ιατρική πάθηση η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα να χρειαστεί να παραμείνει στο νοσοκομείο ως εσωτερικός ασθενής εντός των επόμενων έξι μηνών;

**Is anyone to be insured suffering from an incurable medical condition that requires long-term treatment (for the avoidance of doubt this includes things like asthma, diabetes and any other chronic or recurring conditions)?**

Yes | Ναι No | Όχι

5. Κατά πόσον οποιοδήποτε πρόσωπο που πρόκειται να ασφαλιστεί πάσχει από ανίατη ασθένεια για την οποία απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία (για την αποφυγή αμφιβολιών, αυτό περιλαμβάνει παθήσεις όπως το άσθμα, το διαβήτη και οποιεσδήποτε άλλες χρόνιες ή επαναλαμβανόμενες παθήσεις);

**If the answer to any of the above questions is Yes, please complete the section below:**

Εάν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι Ναι, συμπληρώστε την παρακάτω ενότητα:

### **Illness Details | Λεπτομέρειες ασθένειας**

**Nature of Illness or Injury**

Φύση Ασθένειας ή Τραυματισμού

**Details and date(s) of treatment**

Λεπτομέρειες και ημερομηνία (-ες) Θεραπείας

**Present State of Health/**

**Prognosis**

Παρούσα Κατάσταση Υγείας/  
Πρόγνωση

**Member using letters from**

**Section 1**

Χρησιμοποιήστε ένα γράμμα από την Ενότητα 1



## AGREEMENT

### By signing below, I (we) understand and agree that:

- (i) I (we) apply for a DCare International Medical Insurance Policy administered and underwritten by HDI Global Specialty SE (“the insurer”).
- (ii) If provided, Cover will be subject to, and in accordance with, the Certificate of Insurance and the Policy Wording and I (we) will read them promptly upon receipt and be bound by them.
- (iii) I (we) have read all statements, questions and responses contained in this Application Form or they have been read to me (us) and I (we) understand them.
- (iv) If I (we) selected the Medical Cover on a Full Application option and this is accepted, the insurer will decide whether cover can be provided for each Pre-Existing Condition (as defined in the Policy Wording) you have disclosed. If the insurer decides that cover can be provided, you will be advised of the terms that apply. Please note that a Pre-Existing Condition which has not been disclosed will never be covered.
- (v) If I (we) selected the Medical Cover on a Moratorium Application option and this is accepted, there will be no cover for any and all Pre-Existing Conditions (as defined in the Policy Wording) for a minimum of 24 months continuous cover from the Effective Date. Depending on the circumstances, the insurer may be able to provide cover for a Pre-Existing Condition after the 24 months have elapsed. Please note that a Pre-Existing Condition where you need regular or periodic medical treatment, medication or check-ups may never be covered under the Policy.
- (vi) If I (we) selected the Medical Covers on a Continued Personal Medical Exclusions (CPME) option and this is accepted, the same exclusions imposed by my expiring insurance policy will apply to my new insurance policy and the insurer will decide whether to impose any additional terms and conditions and/or exclusions. If my expiring insurance policy has any waiting periods for benefits, these will be carried over to my new insurance policy to the extent that they have not been completed.
- (vii) The agent/broker assigned to or assisting with this Application Form is an agent/representative of me (us) and is not an agent/representative of the insurer.
- (viii) Cover cannot commence unless and until this Application Form has been accepted in writing by the insurer.
- (ix) The insurer is entitled to refuse to accept this Application Form without giving any reason or to apply additional terms and conditions (to those contained in the Policy Wording) as a result of the information provided in this Application Form.
- (x) Premiums will be applied from the Effective Date forward for a maximum of 12 months and there cannot be any cover for a claim that begins prior to the Effective Date.
- (xi) My (our) preferred method of communication is by e-mail using the e-mail address I (we) have provided above. However, I (we) acknowledge that it may be necessary or desirable for communication to take place by another method – for example, by post. There may be circumstances where the insurer’s data protection obligations as set out below or a matter being urgent mean that e-mail isn’t a suitable method of communication.

## ΣΥΜΦΩΝΙΑ

### Υπογράφοντας πιο κάτω, κατανοώ(-ούμε) και συμφωνώ(-ούμε) ότι:

- (i) Υποβάλλω(-ουμε) αίτηση για το Διεθνές Ιατροφαρμακευτικό Συμβόλαιο Ασφάλισης DCare, που διαχειρίζεται και αξιολογεί η HDI Global Specialty SE (“ο ασφαλιστής”).
- (ii) Εάν παρέχεται η Κάλυψη, αυτή θα υπόκειται και θα παρέχεται σύμφωνα με το Πιστοποιητικό Ασφάλισης και το Λεκτικό του Συμβολαίου και θα τα διαβάσω(-ουμε) αμέσως μόλις τα λάβω(-ουμε) και θα δεσμευόμαι(-όμαστε) από αυτά.
- (iii) Έχω(-ουμε) διαβάσει όλες τις δηλώσεις, ερωτήσεις και απαντήσεις που περιέχονται σε αυτό το Έντυπο Αίτησης ή έχουν διαβαστεί σε εμένα(εμάς) και κατανοώ(-ούμε).
- (iv) Εάν επέλεξα(-αμε) την Ιατρική Κάλυψη βάσει Πλήρους Αίτησης και αυτή γίνει αποδεκτή, ο ασφαλιστής θα αποφασίσει κατά πόσον η κάλυψη μπορεί να παρέχεται για κάθε Προϋπάρχουσα Πάθηση (όπως ορίζεται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) που έχετε αποκαλύψει. Εάν ο ασφαλιστής αποφασίσει ότι μπορεί να παρασχεθεί κάλυψη, θα ενημερωθείτε για τους όρους που εφαρμόζονται. Παρακαλούμε σημειώστε ότι μια Προϋπάρχουσα Πάθηση που δεν έχει αποκαλυφθεί, δεν θα καλύπτεται ποτέ.
- (v) Εάν επέλεξα(-άμε) την Ιατρική Κάλυψη βάσει Μερικής Αίτησης και αυτή γίνει αποδεκτή, δεν θα καλύπτονται οποιεσδήποτε Προϋπάρχουσες Παθήσεις (όπως καθορίζονται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) για συνεχή κάλυψη τουλάχιστον 24 μηνών από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος. Ανάλογα με τις περιστάσεις, ο ασφαλιστής μπορεί να είναι σε θέση να παρέχει κάλυψη για μια Προϋπάρχουσα Πάθηση μετά από την πάροδο των 24 μηνών. Παρακαλούμε σημειώστε ότι μια Προϋπάρχουσα Πάθηση για την οποία χρειάζεστε τακτική ή περιοδική ιατρική περίθαλψη, φάρμακα ή εξετάσεις, δεν μπορεί ουδέποτε να καλυφθεί από το Συμβόλαιο.
- (vi) Έαν επέλεξα(-άμε) Συνεχιζόμενες Ιατρικές Καταστάσεις και αυτό γίνει αποδεκτό για ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, θα εφαρμοστούν οι ίδιες εξαιρέσεις που είχαν επιβληθεί στην προηγούμενη ασφαλιστική κάλυψη που πρόκειται να λήξει και ο ασφαλιστής θα αποφασίσει εάν θα πρέπει να επιβληθούν επιπρόσθετοι όροι και/ή εξαιρέσεις που σχετίζονται με το άτομο αυτό. Εάν στην προηγούμενη ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου που πρόκειται να λήξει υπάρχουν οποιεσδήποτε περίοδοι αναμονής για ωφελήματα, αυτές θα μεταφερθούν στη νέα ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου, εφόσον αυτές δεν έχουν ολοκληρωθεί.
- (vii) Ο πράκτορας/μεσίτης στον οποίο έχει ανατεθεί ή παρέχει βοήθεια σε σχέση με την Αίτηση αυτή, είναι πράκτορας/εκπρόσωπος μου(μας) και δεν είναι πράκτορας/εκπρόσωπος του ασφαλιστή.
- (viii) Η κάλυψη δεν μπορεί να ξεκινήσει εκτός εάν και μέχρις ότου το παρόν Έντυπο Αίτησης γίνει αποδεκτό γραπτώς από τον ασφαλιστή.
- (ix) Ο ασφαλιστής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να αποδεχτεί το παρόν Έντυπο Αίτησης, χωρίς να δώσει οποιοδήποτε λόγο ή μπορεί να εφαρμόσει επιπρόσθετους όρους και προϋποθέσεις (από αυτούς που περιέχονται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) ως αποτέλεσμα των πληροφοριών που παρέχονται στο παρόν Έντυπο Αίτησης.
- (x) Τα ασφάλιστρα θα εφαρμόζονται από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος για μέγιστο διάστημα 12 μηνών και δεν μπορεί να υπάρξει οποιαδήποτε κάλυψη για μια απαίτηση που αρχίζει πριν από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος.
- (xi) Η επιθυμητή μέθοδος επικοινωνίας είναι μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου χρησιμοποιώντας τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που έδωσα(δώσαμε) προηγουμένως. Εντούτοις, αναγνωρίζω(-ουμε) ότι μπορεί να είναι απαραίτητο ή επιθυμητό, η επικοινωνία να πραγματοποιείται με μια άλλη μέθοδο - για παράδειγμα, μέσω ταχυδρομείου. Είναι δυνατόν, λόγω περιστάσεων σχετικά με τις υποχρεώσεις προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του ασφαλιστή, όπως καθορίζονται πιο κάτω, ή λόγω ενός επείγοντος θέματος, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο να μην αποτελεί κατάλληλη μέθοδο επικοινωνίας.

### Who we are

A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd (AKD Insurance) is the managing agent responsible for arranging this insurance on behalf of HDI Global Specialty SE.

### The basics

AKD Insurance collects and uses relevant information about you to provide you with your insurance cover or the insurance cover that benefits you and to meet its legal obligations.

This information includes details such as your name, address and contact details and any other information that the insurer collects about you in connection with the insurance cover from which you benefit. The information includes more sensitive details: Information about your health.

In certain circumstances, AKD Insurance may need your consent to process information about your health. Where it needs your consent, you will be asked for this separately. You do not have to give your consent and you may withdraw your consent at any time. However, if you do not give your consent, or you withdraw your consent, this may affect the insurer's ability to provide the insurance cover from which you benefit and may prevent the insurer from providing cover for you or handling your claims.

The way insurance works means that your information may be shared with, and used by, a number of third parties in the insurance sector for example, insurers, agents or brokers, reinsurers, loss adjusters, sub-contractors, regulators, law enforcement agencies, fraud and crime prevention and detection agencies and compulsory insurance databases. AKD Insurance will only disclose your personal information in connection with the insurance cover that it provides and to the extent required or permitted by law.

### Other people's details you provide to the insurer

Where you provide the insurer or your agent or broker with details about other people, you must provide this notice to them.

### Want more details?

For more information about how the insurer uses your personal information please see its full privacy notice which is available online on its website [https://akdinsurance.eu/id-\\_priv0010.html](https://akdinsurance.eu/id-_priv0010.html) or in other formats on request.

### Contacting us and your rights

You have rights in relation to the information AKD Insurance and other market insurance participants holds about you, including the right to access your information. If you wish to exercise your rights, discuss how AKD Insurance and other market insurance participants uses your information or request a copy of its full privacy notice, please write to:

#### AKD Insurance

**5 Rafael Santi. 1st Floor – Office 101 6052, Larnaca- Cyprus**

**E-mail: [dcare@akdinsurance.eu](mailto:dcare@akdinsurance.eu)**

**Please provide your broker's company name when writing to the insurer. Personal information consent wordings - Application Form.**

### Your personal information

The insurer - namely, AKD Insurance - and other insurance market participants need your consent to use the sensitive details about you included in this Application Form in connection with your insurance cover.

"Other insurance market participants" include the insurer's third party agents named below:

- HDI Global Specialty SE (for the purposes of underwriting, administrating and operating the policy);
- HealthWatch SA (for the purposes of claims assessment, decision making and administration); and

You do not have to give your consent and you may withdraw your consent at any time. However, if you do not give your consent, or you withdraw your consent, this may affect the insurer's ability to provide the insurance cover from which you benefit and may prevent the provision of cover for you or handling your claims.

Do you consent to the use of data and information about your health in connection with your insurance cover?

### Ποιοί είμαστε

H A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd (AKD Insurance) είναι ο διαχειριστικός πράκτορας για τη διευθέτηση της ασφάλισης εκ μέρους της HDI Global Specialty SE.

### Βασικές πληροφορίες

H AKD Insurance συλλέγει και χρησιμοποιεί σχετικές πληροφορίες αναφορικά με εσάς ώστε να σας παρέχει ασφαλιστική κάλυψη η οποία είναι προς όφελός σας καθώς και για να ανταποκριθεί στις νομικές της υποχρεώσεις.

Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν στοιχεία όπως το όνομά σας, τη διεύθυνση σας και τα στοιχεία επικοινωνίας σας και οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες που ο ασφαλιστής συλλέγει για εσάς αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείστε. Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν πιο ευαίσθητες λεπτομέρειες: Πληροφορίες σχετικά με την υγεία σας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η AKD Insurance ίσως χρειαστεί να λάβει τη συγκατάθεσή σας για να επεξεργαστεί πληροφορίες σχετικά με την υγεία σας. Σε περίπτωση που θα χρειαστεί τη συγκατάθεσή σας, θα σας το ζητήσει ξεχωριστά. Δεν έχετε υποχρέωση να δώσετε τη συγκατάθεσή σας και μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Εντούτοις, εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας ή αν ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασφαλιστή να παρέχει την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείστε και ο ασφαλιστής μπορεί να δυσκολευτεί στο να σας παρέχει κάλυψη ή να χειριστεί τις απαιτήσεις σας.

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η ασφάλιση, συνεπάγεται ότι οι πληροφορίες σας μπορούν να κοινοποιηθούν και να χρησιμοποιηθούν από έναν αριθμό τρίτων οι οποίοι δραστηριοποιούνται στον ασφαλιστικό τομέα, όπως για παράδειγμα, ασφαλιστές, αντιπροσώπους ή διαμεσολαβητές, αντασφαλιστές, ρυθμιστές ζημιών, υπεργολάβους, ρυθμιστικές αρχές, υπηρεσίες επιβολής του νόμου, υπηρεσίες πρόληψης και ανίχνευσης της απάτης και ποινικών αδικημάτων και βάσεις δεδομένων υποχρεωτικής ασφάλισης. Η AKD Insurance θα αποκαλύψει τις προσωπικές σας πληροφορίες μόνο σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη που παρέχει και στον βαθμό που απαιτείται ή επιτρέπεται από το νόμο.

### Στοιχεία άλλων ατόμων που παρέχετε στον ασφαλιστή

Όταν παρέχετε στοιχεία αναφορικά με άλλα άτομα στον ασφαλιστή ή στον αντιπρόσωπο ή στο διαμεσολαβητή σας, οφείλετε να δώσετε την ειδοποίηση αυτή στα άτομα αυτά.

### Επιθυμείτε να λάβετε περισσότερες λεπτομέρειες;

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο ο ασφαλιστής χρησιμοποιεί τις προσωπικές σας πληροφορίες, παρακαλούμε όπως διαβάσετε την ολοκληρωμένη ειδοποίηση περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο στην ιστοσελίδα αυτή [https://akdinsurance.eu/id-\\_priv0010.html](https://akdinsurance.eu/id-_priv0010.html) ή σε άλλες μορφές κατόπιν αιτήματος.

### Επικοινωνήστε μαζί μας και τα δικαιώματά σας

Έχετε δικαιώματα σε σχέση με τις πληροφορίες που κατέχει η AKD Insurance και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά αναφορικά με εσάς, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος πρόσβασης στις πληροφορίες σας. Εάν επιθυμείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας, μπορείτε να συζητήσετε τον τρόπο με τον οποίο η AKD Insurance και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά χρησιμοποιεί τις πληροφορίες σας ή μπορείτε να ζητήσετε ένα αντίγραφο της πλήρους ειδοποίησης περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με το να αποταθείτε γραπτώς στο:

#### AKD Insurance

**Ραφαήλ Σάντη 5, 1ος όροφος – Γραφείο 101 6052, Λάρνακα-Κύπρος**

**E-mail: [dcare@akdinsurance.eu](mailto:dcare@akdinsurance.eu)**

**Παρακαλούμε όπως αναφέρετε το όνομα της εταιρείας διαμεσολάβησης σας, όταν επικοινωνείτε με τον ασφαλιστή.**

**Λεκτικό συγκατάθεσης όσον αφορά την παροχή προσωπικών πληροφοριών - Έντυπο Αίτησης.**

### Προσωπικές σας πληροφορίες

Ο ασφαλιστής -ήτοι, AKD Insurance- και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά, χρειάζονται τη συγκατάθεσή σας για να χρησιμοποιήσουν τα ευαίσθητα δεδομένα που σας αφορούν, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στο παρόν Έντυπο Αίτησης αναφορικά με την ασφαλιστική σας κάλυψη.

Ο όρος "άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά" περιλαμβάνει τους τρίτους αντιπροσώπους του ασφαλιστή που αναφέρονται πιο κάτω:

- HDI Global Specialty SE (για σκοπούς αξιολόγησης, διαχείρισης και λειτουργίας του συμβολαίου),
- H HealthWatch SA (για σκοπούς εκτίμησης απαιτήσεων, λήψης αποφάσεων και διαχείρισης), και

Δεν έχετε την υποχρέωση να δώσετε τη συγκατάθεσή σας και μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Εντούτοις, εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας ή αν ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασφαλιστή να παρέχει την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείστε και ο ασφαλιστής μπορεί να εμποδιστεί από το να σας παρέχει κάλυψη ή από το να χειριστεί τις απαιτήσεις σας.

Συγκατατίθεστε στη χρήση δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία σας αναφορικά με την ασφαλιστική σας κάλυψη;

### Other people's details you provide to the insurer

Where you provide the insurer with details about other people, it and other insurance market participants need their consent to use the sensitive details about them included in this Application Form in connection with their insurance cover. The insurer needs you to make sure that you have obtained each other person's consent before you provide those details to it.

Where such other person is a child below the age of 14 years at the time of completion of this Application Form, the consent must be given by a holder of parental responsibility over the child.

"Other insurance market participants" include the insurer's third party agents as named above.

Consent does not have to be given and may be withdrawn at any time. However, if consent is not given, or if it is withdrawn, this may affect the insurer's ability to provide the insurance cover from which such other person benefits and may prevent the provision of cover to such other person or the handling of such other person's claims.

Have you obtained the consent of each other person (aged 14 or over at the time of completion of this Application Form) whose information you provide to the insurer in connection with that person's insurance cover to the use of data and information about their health in connection with their insurance cover?

Yes |   No |

For each other person (who is a child below the age of 14 years at the time of completion of this Application Form) whose information you provide to the insurer in connection with that person's insurance cover, are you a holder of parental responsibility over them and do you give your consent in that capacity to the use of data and information about their health in connection with their insurance cover?

Yes |   No |

### Your obligation regarding the information you supply in this Application Form

It is your obligation to ensure that the information you supply in this Application Form is true and fully accurate to the best of your knowledge. The accuracy of the information received when you apply for insurance will determine whether or not the insurer will underwrite the insurance cover, the terms and conditions on which they will do so and the Premiums you must pay.

If you do not take reasonable care to answer all questions accurately, or if you fail to comply with the policy terms and conditions, this may result in:

1. the policy being cancelled or treated as if it had not existed; or
2. a claim being delayed, only partially paid or not paid at all.

### Proposer's declaration

By signing below, I (we) declare that the information supplied in this Application Form is true and fully accurate to the best of my/our knowledge.

### Signature of person applying to be the Main Insured Must be signed and dated

Υπογραφή προσώπου που αιτείται να είναι ο κύριος ασφαλισμένος (Πρέπει να είναι υπογεγραμμένη και χρονολογημένη).

### Στοιχεία άλλων ατόμων που παρέχετε στον ασφαλιστή

Όταν παρέχετε στον ασφαλιστή πληροφορίες αναφορικά με άλλα άτομα, ο ασφαλιστής και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά χρειάζονται τη συγκατάθεσή τους για να χρησιμοποιήσουν τα ευαίσθητα τους δεδομένα τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν Έντυπο Αίτησης αναφορικά με την ασφαλιστική τους κάλυψη. Ο ασφαλιστής χρειάζεται να βεβαιωθεί ότι έχετε λάβει τη συγκατάθεση καθενός άλλου ατόμου, προτού δώσετε τις εν λόγω πληροφορίες που το αφορούν.

Όταν το εν λόγω πρόσωπο είναι παιδί ηλικίας κάτω των 14 ετών, κατά τη συμπλήρωση του παρόντος Εντύπου Αίτησης, η συγκατάθεση πρέπει να δίνεται από τον κάτοχο γονικής μέριμνας του παιδιού.

Ο όρος "άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά" περιλαμβάνει τους τρίτους αντιπροσώπους του ασφαλιστή που αναφέρονται πιο πάνω.

Η συγκατάθεση δεν είναι αναγκαία να δοθεί και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Εντούτοις, εάν δεν δοθεί συγκατάθεση ή εάν αυτή ανακληθεί, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασφαλιστή να παρέχει την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείται το εν λόγω άλλο άτομο και μπορεί να εμποδίσει την παροχή κάλυψης στο εν λόγω άλλο άτομο ή τον χειρισμό των απαιτήσεων του άλλου ατόμου.

Έχετε λάβει τη συγκατάθεση του κάθε ατόμου (ηλικίας 14 ετών και άνω κατά τη συμπλήρωση αυτού του Εντύπου Αίτησης) για το οποίο παρέχετε πληροφορίες στον ασφαλιστή αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου αυτού, όσον αφορά τη χρήση δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία τους αναφορικά με την ασφαλιστική τους κάλυψη;

Yes |   No |

Για κάθε άλλο πρόσωπο (το οποίο είναι παιδί ηλικίας κάτω των 14 ετών κατά τη συμπλήρωση αυτού του Εντύπου Αίτησης) για το οποίο παρέχετε πληροφορίες στον ασφαλιστή αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου αυτού, είστε κάτοχος γονικής μέριμνας και δίνετε τη συγκατάθεσή σας υπό την ιδιότητα αυτή, για τη χρήση δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία τους αναφορικά με την ασφαλιστική τους κάλυψη;

Yes |   No |

### Η υποχρέωσή σας σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχετε στο παρόν Έντυπο Αίτησης

Είναι υποχρέωσή σας να διασφαλίσετε ότι οι πληροφορίες που παρέχετε σε αυτό το Έντυπο Αίτησης είναι αληθείς και απόλυτα ακριβείς εξ όσων γνωρίζετε. Η ακρίβεια των πληροφοριών που λαμβάνονται κατά την υποβολή της αίτησης για ασφάλιση θα καθορίσει κατά πόσον ο ασφαλιστής θα αντασφαλίσει ή όχι την ασφαλιστική κάλυψη, τους όρους και τις προϋποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες θα το πράξει και τα ασφάλιστρα που πρέπει να πληρώσετε.

Εάν δεν καταβάλετε εύλογη προσπάθεια για να απαντήσετε με ακρίβεια σε όλες τις ερωτήσεις ή αν παραλείψετε να συμμορφωθείτε με τους όρους και τις προϋποθέσεις του συμβολαίου, αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα:

1. την ακύρωση του συμβολαίου ή το συμβόλαιο να θεωρηθεί ότι δεν υπήρξε ποτέ, ή
2. την καθυστέρηση μιας απαίτησης, τη μερική μόνο πληρωμή μιας απαίτησης ή τη μη καταβολή της ολοκληρωτικά.

### Δήλωση του προτείνοντος

Με την πιο κάτω υπογραφή μου(μας), δηλώνω(-ουμε) ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το Έντυπο Αίτησης είναι αληθείς και απόλυτα ακριβείς εξ όσων γνωρίζω καλύτερα.

### Signature of their Spouse or Partner but only if applying for cover Must be signed and dated

Υπογραφή Συζύγου ή Συντρόφου, αλλά μόνο εάν υποβάλλεται αίτηση για κάλυψη. (Πρέπει να είναι υπογεγραμμένη και χρονολογημένη).